



CEU

*Universidad
Cardenal Herrera*

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y PERCEPCIÓN
DEL PACIENTE TRAS LA INFORMATIZACIÓN DE
LAS CONSULTAS EN UNA ZONA BÁSICA DE
SALUD**

TESIS DOCTORAL presentada por:

M^a ISABEL MÁRMOL LÓPEZ

Dirigida por:

DR. D. FRANCISCO BOSCH MORELL

DR. D. CARLOS RODRIGO BENITO

DRA. D^a PILAR LLABATA CARABAL

Moncada (Valencia), 2013

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Imprenta Senén
ISBN: 978-84-608-9861-0
Dep. Legal: V3148-2016

AGRADECIMIENTOS

A Francisco Bosch, a Carlos Rodrigo y a Pilar Llabata, directores de este estudio, por su incondicional ayuda, apoyo y estímulo permanente para la realización de este trabajo.

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad CEU Cardenal Herrera, especialmente al Departamento de Enfermería y a su directora Loreto Peyró.

A Elena García, a Paqui Fontestad y a Ana Serrano por sus importantes aportaciones para su puesta en marcha y desarrollo.

A José Ramón Martínez y a la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) por su tesón y empeño en que este trabajo llegase a su fin.

A la Dirección de Atención Primaria del Departamento de Salud Valencia La Fe que ha permitido la realización de este estudio y, en especial a M^a José Lloria, responsable de ABUCASIS, por su conocimiento de dicha aplicación informática, que ha posibilitado la obtención de los datos necesarios.

A Ángela Hervás, Coordinadora de Enfermería de la zona básica estudiada, y a todo su equipo de Enfermería, por su disposición y participación en este estudio.

A José Bermúdez y a Asunción López por su constante asesoramiento y empuje para la elaboración de este estudio.

Finalmente y de forma muy especial a Paco, Esther, Víctor y Jorge por su apoyo, cariño, tiempo y comprensión día tras día; sin ellos la elaboración y la defensa de esta tesis doctoral no hubiera sido posible. Gracias, os quiero.

*La observación indica cómo está el paciente;
la reflexión indica qué hay que hacer;
la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo.
La formación y la experiencia son necesarias
para saber cómo observar y qué observar;
cómo pensar y qué pensar.*

Florence Nightingale ¹.



“Debemos recordar que no hay nada más difícil que llevar a disposición, conducta más peligrosa y algo más incierto en su resultado, que tomar la decisión de introducir un nuevo orden en las cosas. Porque el innovador tendrá por enemigos a todos los que están bien bajo el viejo orden y defensores tibios entre los que puedan estar bien fuera del nuevo”.

Nicolás Maquiavelo ² (El Príncipe).

¹ Florence Nightingale (1820-1910). “La dama de la lámpara”. Enfermera y estadística. Pionera de la enfermería moderna.

² Nicolás Maquiavelo (1469-1527). Historiador, político y teórico italiano.

ÍNDICE

1. RESUMEN	11
2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA	17
3. INTRODUCCIÓN	21
3.1. ANTECEDENTES.....	23
3.1.1. MARCO HISTÓRICO CONCEPTUAL.....	23
3.1.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EL PROCESO DE CUIDAR Y SU HERRAMIENTA METODOLÓGICA.....	28
3.1.3. EL PACIENTE CRÓNICO Y LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	38
3.1.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN CLÍNICA DEL CUIDADO: HISTORIA ELECTRÓNICA.....	62
3.2. JUSTIFICACIÓN.....	74
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	79
5. METODOLOGÍA	83
5.1. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO.....	85
5.2. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	86
5.3. POBLACIÓN GENERAL.....	88
5.4. POBLACIÓN DIANA.....	90
5.5. PERIODO DE ESTUDIO.....	92

5.6. FUENTES DE INFORMACIÓN Y ACCESO.....	92
5.7. VARIABLES.....	95
5.8. REGISTRO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	97
6. RESULTADOS.....	99
6.1. TRANSVERSALES.....	101
6.1.1.MORBILIDAD.....	101
6.1.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS: EDAD Y SEXO.....	103
6.1.3. PATOLOGÍAS CRÓNICAS MÁS FRECUENTES.....	105
6.1.4. PROCESO ENFERMERO.....	107
6.1.4.1. VALORACIÓN REALIZADA.....	107
6.1.4.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ASOCIADOS.....	110
6.1.4.3. PLAN DE CUIDADOS.....	111
6.1.5. OPINIÓN DEL PACIENTE.....	115
6.2. LONGITUDINALES.....	123
6.2.1.REGISTRO DE LAS VARIABLES EN 2004 Y EN 2009.....	123
6.2.2. EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DE LAS VARIABLES DE 2004 A 2009.....	128
7. DISCUSIÓN.....	133
8. CONCLUSIONES.....	149

9. BIBLIOGRAFÍA	153
10. ANEXOS	167
I. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	169
II. DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.....	179
III. POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD.....	181
IV. POBLACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD.....	183
V. ENCUESTA DE OPINIÓN.....	185
VI. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.....	187
VII. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	191



1

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El registro de los cuidados de enfermería constituye la principal fuente de información sobre la asistencia sanitaria que prestan los profesionales de enfermería. Conlleva una responsabilidad a nivel profesional y legal, que precisa de una práctica basada en el rigor científico para garantizar la mejor calidad asistencial posible.

Tras la definición en el año 2.004 del Plan Estratégico de Actuación de Sistemas de Información de la Conselleria de Sanitat, se estableció la utilización de la historia electrónica en toda la atención realizada a nivel ambulatorio en la Comunidad Valenciana. Este cambio ha llevado consigo una reestructuración y una adecuación en la labor asistencial de los profesionales de enfermería que han tenido que adaptarse a este nuevo modelo organizativo, a la vez que prepararse para la utilización de las herramientas disponibles en el ejercicio profesional en los centros de Atención Primaria, así como con la historia clínica electrónica.

OBJETIVOS

- Conocer en qué medida influye la incorporación de un sistema informático, con un lenguaje unificado de enfermería y una metodología de trabajo homogénea, en los cuidados prestados en las consultas de enfermería de atención primaria a pacientes adultos, entre 15 y 75 años, con enfermedad crónica en una zona básica de salud.
- Conocer en qué medida la introducción de una herramienta informática influye en la satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos en las consultas de enfermería de atención primaria a pacientes adultos, entre 15 y 75 años, con enfermedad crónica en una zona básica de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo-analítico retrospectivo que contempla dos dimensiones, transversal y longitudinal.

La población de referencia han sido los pacientes de una zona básica de salud diagnosticados por los profesionales de enfermería con los códigos NANDA 00078 (Gestión ineficaz de la propia salud) y 00079 (Incumplimiento del plan terapéutico), con seguimiento por patología crónica en la consulta de enfermería durante el periodo de estudio.

Se han analizado los datos contenidos en la historia electrónica de 300 pacientes, comparando el proceso de atención de enfermería y la calidad de los planes de cuidados registrados informáticamente respecto a los tradicionales en formato papel, así como la percepción del paciente, a través de la realización de un estudio antes-después de la informatización (2004 y 2009), en aquellos pacientes que acudieron a la consulta de enfermería antes y después de la informatización de las historias de salud.

RESULTADOS

En el estudio transversal, en ambos códigos diagnósticos y para ambos sexos, el patrón más valorado ha sido el Nutricional-Metabólico, seguido del patrón de Actividad-Ejercicio y por último el patrón de Percepción-Control de la Salud, apareciendo otros diagnósticos de enfermería asociados a los diagnósticos estudiados.

Las intervenciones más significativas que se han registrado en los periodos estudiados, han sido las referidas al fomento del ejercicio físico y a la enseñanza del plan terapéutico, fundamentalmente dieta y medicación.

En cuanto a la opinión del paciente, en general, el dato más llamativo es la percepción de que el uso del ordenador aumenta la duración de la consulta aunque la relación enfermera-paciente no se ve afectada. El paciente no ha percibido cambios importantes en la relación y atención con su enfermera.

En el estudio longitudinal, se muestra como hay un mayor registro metodológico de la valoración por patrones y del plan de cuidados de enfermería en el año 2009 respecto a 2004.

CONCLUSIONES

Los resultados confirman que en la zona básica de salud estudiada, la utilización de un lenguaje enfermero y de una metodología homogénea en el proceso de atención de enfermería, a través del uso de una herramienta informática para el registro del cuidado enfermero, ha mejorado la calidad de los registros metodológicos de enfermería, y como consecuencia ha repercutido en una mejora de la calidad de los cuidados a nivel científico-técnico, a la vez que el paciente, no ha percibido una disminución en la calidad percibida de los cuidados prestados por su enfermera.



2

PLANTEAMIENTO DEL TEMA

2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA

Tras la definición en el año 2.004 del Plan Estratégico de Actuación de Sistemas de Información de la Conselleria de Sanitat, se estableció la utilización de la aplicación informática ABUCASIS en toda la atención realizada a nivel ambulatorio en la Comunidad Valenciana. Este cambio ha llevado consigo una reestructuración y una adecuación en la labor asistencial de los profesionales de enfermería que han tenido que adaptarse a este nuevo modelo organizativo, a la vez que prepararse para la utilización de las herramientas disponibles para el ejercicio profesional en los centros de Atención Primaria, así como con la historia clínica electrónica.

Unos años más tarde, en 2007, dentro del programa de Doctorado y en el marco del Diploma de Estudios Avanzados, con el objetivo de documentar los cambios y mejoras producidas en la gestión de los cuidados tras la incorporación de la tecnología y la aplicación informática en la consulta de enfermería, realizamos un primer acercamiento al tema a través del estudio denominado *“ABUCASIS II como herramienta de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería en el ámbito comunitario”* (Mármol López MI.; 2007).

Los resultados obtenidos mostraron una actitud favorable de los profesionales de enfermería en el ámbito de estudio a la innovación ante la implantación de la historia electrónica, evidenciando la aplicación metodológica del proceso de enfermería a los pacientes. Sin embargo, dichos resultados evidenciaron igualmente la necesidad de desarrollar estudios en la misma línea que incorporasen la percepción del paciente tras la informatización de las consultas.

Entre las limitaciones encontradas, cabe destacar el poco tiempo transcurrido desde el cambio y la realización del estudio, la escasa formación en metodología y en la aplicación informática, y la falta de atención general al interpretar los datos obtenidos, hecho que se tradujo en definitiva, en una falta de precisión diagnóstica.

2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA

Por todo lo anterior, se consideró pertinente continuar profundizando en el tema, ampliando las áreas de valoración a través de la incorporación de la percepción del paciente acerca de los cambios producidos en la consulta de enfermería, con el fin de obtener no solo datos sobre la calidad científico-técnica de los cuidados prestados, sino también sobre la calidad percibida.

Los resultados se muestran en esta tesis doctoral.



3

INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

3.1. ANTECEDENTES

3.1.1. MARCO HISTÓRICO CONCEPTUAL

La salud ha sido una preocupación constante en todas las sociedades y culturas; su definición e interpretación conceptual han evolucionado a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que se le ha dado en cada momento, así como, de la metodología empleada para analizarla.

A priori, se puede establecer que la salud es considerada en todas las sociedades como uno de los grandes valores individuales y colectivos al que las personas e instituciones dedican una parte importante de sus recursos, tanto materiales como intelectuales. Junto con valores como la justicia, la libertad o la educación, la salud es considerada como un bien al cual todos tenemos derecho y que, como tal, debe ser conservado (Colomer Revuelta C. y Álvarez-Dardet Díaz C.; 2000). Su evolución viene marcada no solo por el desarrollo de los métodos para abordarla, sino también por la variación en el valor que se le atribuye, debido tanto a la interpretación cultural como a los cambios socioeconómicos producidos en el devenir histórico.

En el periodo comprendido entre los orígenes y hasta la mitad del siglo XIX, se produjeron grandes epidemias de enfermedades infectocontagiosas agudas y grandes carestías nutricionales, existiendo una insuficiencia para explicar las causas naturales de la enfermedad y sus mecanismos de producción, dándose distintas explicaciones a la aparición de la enfermedad y a su curación.

Con la Revolución Industrial en el siglo XIX se producen importantes cambios en el sistema social y con ello un desarrollo de las enfermedades infectocontagiosas crónicas, distribución desigual de los alimentos y presencia de hacinamientos urbanos.

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Es a partir del siglo XX cuando se produce el desarrollo del conocimiento científico y el crecimiento de la ciencia médica. Las enfermedades sociales, tanto de carácter infeccioso como no infeccioso, con origen en los estilos de vida no saludables se extienden aumentando los problemas medioambientales y demográficos.

Actualmente, en el siglo XXI, asistimos a una etapa en la que el patrón de salud, se caracteriza esencialmente por:

- Una mayor expectativa de vida.
- La sustitución del dominio de las enfermedades agudas por las crónicas.
- La aparición de enfermedades ligadas al desarrollo.
- La existencia de una alta comorbilidad.
- La aparición de nuevos fenómenos como la inmigración.
- El aumento de las desigualdades sociales y la violencia.
- Un progresivo envejecimiento de la población.
- El aumento de las personas dependientes.
- Todo ello dentro de un contexto de vulnerabilidad del medio ambiente, así como de un número de patologías emergentes cada vez mayor.

Del mismo modo que el concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia con la propia evolución del hombre y su manera de entender el proceso salud/enfermedad, las expresiones observadas sobre los cuidados de enfermería se han manifestado de forma diferente según los valores en los que se sustentan en cada momento histórico, pero de lo que no cabe ninguna

duda es de que la aportación específica de la enfermería a la sociedad, a lo largo del tiempo y en todos los lugares, se centra en los Cuidados de Enfermería (Guirao Goris JA.; 1.999).

Para conocer la evolución de la Enfermería, primero como ocupación y más tarde como profesión, es necesario contextualizar su estudio en la estructura social y en el medio en el que se ha desarrollado analizando diversos aspectos:

- La organización social y los valores imperantes de cada época y lugar (política, economía...).
- La consideración que de la persona se tiene, la concepción de la salud que en cada momento se impone y el tipo de atención que se ofrece por parte de la organización social, que a su vez está condicionada por las concepciones de persona y salud.
- El propio conocimiento enfermero y su proceso de construcción que parte de aspectos muy arraigados en valores personales y hechos cotidianos, cargados de explicaciones empíricas propias de cada cultura que dificulta su explicación científica y que, además, se ve entorpecido por las propias características de la profesión.

Esta contextualización nos muestra como la profesión enfermera ha sido construida desde organismos externos (la Iglesia, el Estado y la influencia de la Medicina), quienes han configurado desde la vocación, la técnica y la cooperación, lo que actualmente es la profesión. Estos procesos han hecho de la Enfermería una profesión silenciosa y obediente hasta el punto en que la invisibilidad y el grado de intangibilidad han sido realidades de graves consecuencias (Aparicio i Salamanca E.; 2010).

En España la reforma sanitaria supuso el resurgir de la enfermería en Atención Primaria. Diferentes normativas tanto nacionales (Real Decreto

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

137/84, Ley General de Sanidad; 1986) como autonómicas, crearon a mediados de los años ochenta las condiciones necesarias para el desarrollo profesional: aumento de plantillas, nuevas funciones, nuevos ámbitos de trabajo, nuevas formas de organización, introducción en el nuevo organigrama de figuras facilitadoras del cambio (directores, coordinadores, adjuntos de enfermería...). Existía una coincidencia entre la voluntad política de modernizar el sistema sanitario siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS-UNICEF; 1978) y las demandas de los usuarios y de diversos grupos profesionales (entre los que se encontraba un sector de la enfermería), a la vez que se daba también cierto paralelismo entre muchas de las directrices de la reforma y las nuevas funciones de la profesión enfermera (prevención, promoción y educación para la salud) (Del Pino Casado, R. Martínez Riera JR.; 2.007).

Desde un punto de vista conceptual, las nuevas funciones profesionales de enfermería en Atención Primaria se concretan en el paso de una situación caracterizada por el desempeño de tareas delegadas y colaborativas centradas en la atención y curación al individuo, a otra en la que, además de las anteriores actividades, aparecen funciones relacionadas con los cuidados y la promoción de la salud en un ámbito individual, grupal, familiar y comunitario (Del Pino R, Frías A, Palomino PA; 2.000).

Tradicionalmente la Enfermería no ha sido una profesión basada en la investigación, o si se prefiere no ha estado basada en evidencias. Gran parte de la práctica enfermera se asentaba en la experiencia y la tradición acerca de temas como la alimentación, la higiene o la administración rutinaria de fármacos entre otros, y no en la investigación.

A partir de los años 80 se asiste a un fuerte auge por la investigación cualitativa y esto da como resultado, que las evidencias en enfermería aumenten y procedan no solo de la investigación cuantitativa, sino también de la cualitativa.

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Los primeros datos encontrados referentes a Enfermería Basada en la Evidencia datan del año 1996 (Icart MT.; 1998), y en ellos se constata que una de las dificultades con las que se encuentra Enfermería a la hora de encontrar evidencias, es la necesidad de investigar datos subjetivos referentes a la pertinencia y utilidad de los cuidados que se prestan.

Muchos son los cambios producidos en la atención primaria de salud, entre ellos el paso de tener una función exclusivamente curativa a asumir la promoción y la prevención de la enfermedad, así como a prestar una atención continuada durante todas las etapas del ciclo vital de las personas.

Con la profesionalización de la Enfermería se han ido introduciendo prácticas basadas en la evidencia, como el manejo del dolor, los cuidados de las heridas, etc. Sin embargo, los datos en conjunto, reflejan que la rutina y la práctica orientada a la tarea han sido una constante; incluso hoy en día, la resistencia al cambio y el rechazo al abandono de los métodos tradicionales son frecuentes en gran parte del colectivo.

En la actualidad no podemos más que aceptar que la práctica de Enfermería debe de estar asentada en la investigación, sobre todo si entendemos la investigación como un proceso mediante el cual crece la base del conocimiento para la práctica del cuidado de la salud. Sin embargo, no es suficiente con que se realice una investigación relevante para la práctica y que la misma pruebe su eficacia en términos de variables de resultado del paciente. Se precisa además, un método sistemático y sólido para implementar en la práctica asistencial las innovaciones basadas en la investigación y también, una buena base de datos de conocimientos enfermeros, para compartir y actualizar el conocimiento (Cabrero GJ.; 1999). En el ámbito de Atención Primaria puede ser una realidad si tenemos en cuenta la implantación de una herramienta informática como ABUCASIS, en la medida que esta aplicación nos permite el registro de toda la actividad realizada y además, el acceso a

bases de datos bibliográficas para búsqueda de evidencias, pudiendo integrar en un futuro, bases de datos específicas de enfermería.

3.1.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EL PROCESO DE CUIDAR Y SU HERRAMIENTA METODOLÓGICA

La gestión del cuidado enfermero, en las últimas tres décadas, ha sufrido una importante metamorfosis, llegando a adquirir un elevado grado de complejidad en su conducta profesional. En la actualidad viene definido *por la “estandarización y sistematización de las actividades (planes de cuidados estandarizados, guías de práctica clínica, etc.), la evaluación del impacto de los cuidados, la implantación prácticas basadas en la evidencia y el desarrollo de sistemas de información para la gestión de cuidados (clasificaciones de diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados”* (Del Pino R, Martínez Riera JR.; 2007).

La aplicación del método científico a los cuidados es un concepto relativamente nuevo. En el pasado la Enfermería se describía en términos funcionales como actividades realizadas por las enfermeras. Hasta 1955 con Hall no aparece en la literatura el término proceso de atención de enfermería (PAE), mientras que la estructuración del proceso en las fases que hoy se conocen es aún posterior. En 1967, Yura y Walsh escribieron el primer libro que definía de forma integral, cuatro componentes del PAE. En 1973, la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA) publicó las Normas de las Práctica de Enfermería, que describían cinco pasos del PAE: valorar, diagnosticar, planificar, actuar y evaluar.

El progresivo desarrollo social y tecnológico ha hecho que las enfermeras tengan que elaborar respuestas profesionales de cualificación creciente. Las constantes demandas de más y mejores servicios de salud y los

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

progresivos niveles de exigencia apuntan con decisión a una mayor profesionalización. En este sentido, ha aparecido un interés creciente por fundamentar la profesión en criterios que se sustenten en bases científicas.

De entre todos los métodos de resolución de problemas existentes el método científico constituye el método más eficaz, definido como una forma ordenada de pensar o manejar datos, una búsqueda sistematizada de conocimientos y una forma de descubrir el todo lógico a partir de sus partes. Los pasos a seguir son: comprensión del problema, recopilación de datos, formulación de hipótesis, comprobación de las hipótesis, conclusiones y evaluación.

Actualmente es indiscutible que el abordaje profesional de la enfermería, en general, se centra en los cuidados y nadie se extraña de que hablemos de cuidados de enfermería cuando deseamos definir los servicios que ofrecemos como profesión. No obstante, el tradicional Proceso de Atención en Enfermería, ha ido cambiando a lo largo del tiempo y ha evolucionado desde un enfoque basado en los problemas, hacia un enfoque basado en los resultados.

La cultura actual en relación a los cuidados de salud y atención sanitaria, está presidida por ideas como responsabilidad, coste, efectividad, resultados, calidad, competencia y otras que conducen a la exigencia de una prestación sanitaria basada en fundamentos empíricos rigurosos, avalados científicamente (Duarte Climent G. et al.; 2007).

El proceso de enfermería o gestión clínica de cuidados, es la aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermera. Podemos decir que es un método sistemático para aplicar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. En estos momentos convergen varias cuestiones claves que favorecen este enfoque como son:

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

- La evolución de la práctica clínica enfermera.
- El desarrollo de los sistemas de historia clínica electrónica.
- El desarrollo de los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero.
- El desarrollo de nuevos servicios.
- El desarrollo de nuevos modelos de gestión.

Desde esta aproximación holística, el modelo de cuidados que subyace en la práctica de la enfermería comunitaria, responde a una asociación de modelos basados en diversos enfoques: el empirista, el transcultural, el bifocal, el de autocuidados y el de necesidades (Benavent MA. et al.; 2001).

El enfoque empirista y las corrientes taxonomistas tienen su máxima expresión en los trabajos de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcome Classification) y NIC (Nursing Intervention Classification) y sus modelos taxonómicos. Pretende identificar de forma clara y precisa los fenómenos a los que la enfermera puede dar respuesta de forma autónoma. Esta corriente de pensamiento es la que más ha influido en el enfoque de trabajo en Atención Primaria y en el diseño de los modelos de historia clínica; en esta línea y ligados al desarrollo de la NANDA se encuentran los patrones funcionales de Marjory Gordon (1982).

La utilización de taxonomías es útil tanto por ellas mismas como por su vinculación y relación con otras clasificaciones. El uso de un lenguaje normalizado para documentar la práctica permite comparar y evaluar la efectividad de los cuidados suministrados en distintas situaciones por los profesionales de enfermería, ayudando a mejorar la práctica clínica a través de la investigación en el conocimiento de los cuidados.

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El modelo de cuidados transculturales de Leininger³ defiende que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados de las personas teniendo en cuenta en su práctica asistencial, el respeto a las diferencias y similitudes culturales así como ayudando a adaptar y a reestructurar los hábitos y estilos de vida desde una perspectiva holística.

El modelo bifocal de Carpenito⁴ es un modelo para la práctica que describe la perspectiva clínica de las enfermeras. Identifica las situaciones clínicas en las que intervienen las enfermeras, como asistente primario y en colaboración con otras disciplinas. Este modelo implica que la enfermera asume la responsabilidad de tratar dos tipos de juicios clínicos: los diagnósticos de enfermería y los problemas interdisciplinarios o colaborativos.

El modelo de autocuidados de Orem⁵ es el único modelo de enfermería que parte de constructos propios. Dorotea Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente.

El modelo conceptual de cuidados de Virginia Henderson⁶, es un modelo centrado en la función propia de la enfermera. Identifica catorce necesidades básicas del ser humano que el profesional debe comprender y ayudar a cubrir, para que la persona pueda llevar su vida de forma normal incluso durante la enfermedad. Su obra es considerada como la base para que la Enfermería fuera reconocida como una disciplina científica profesional.

³ Madeleine Leininger (1925-2012). Enfermera. Concepto de enfermería transcultural.

⁴ Lynda Carpenito. Enfermera. Promotora del uso del diagnóstico de enfermería. Primera en exponer el problema de interdependencia.

⁵ Dorothea Orem (1914-2007). Enfermera. Teoría General del Autocuidado (autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería).

⁶ Virginia Henderson (1897-1996). Enfermera. Modelo de necesidades básicas de cuidados.

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Otros modelos de cuidados importantes a destacar en enfermería comunitaria son el de Florence Nightingale⁷, por sus tendencias ecologistas, humanistas y naturalistas y el de Hildegarde Peplau⁸, por su modelo de Enfermería Psicodinámico de gran ayuda en Salud Mental.

Como todo proceso, el Proceso de Enfermería, está dividido en etapas. Las cinco etapas definidas clásicamente, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, constituyen un todo dinámico, cíclico e inseparable, de forma que siguen una secuencia lógica dependiendo cada una de las etapas, de la precisión de la anterior.

La *Valoración* constituye la primera etapa del proceso enfermero y, como tal, la base para construir todo el proceso posterior. Tiene como finalidad la recogida, organización, clarificación y validación de aquellos datos sobre el estado de salud de usuario, familia o comunidad, que permitan identificar situaciones a atender por enfermería. Es la base para la identificación del diagnóstico de enfermería, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de enfermería y la evaluación de las acciones de enfermería.

Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con nuestro usuario, familia, grupo y/o comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del paciente.

La valoración del paciente, en este sentido, adquiere una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales que nos darán una visión integral e integrada de la persona y, a su vez, estará relacionada con la obtención de un determinado diagnóstico enfermero basado en la taxonomía diagnóstica de la NANDA. Tras la formulación del diagnóstico, se deben establecer los correspondientes

⁷ Florence Nightingale. (1820-1910). Enfermera y estadística. Pionera de la enfermería moderna.

⁸ Hildegarde Peplau (1909-1999). Enfermera .Teoría psicodinámica de la enfermería.

objetivos de resultados (clasificación NOC) que permitirán una planificación concreta (clasificación NIC) que permitirá, a su vez, la ejecución a través del despliegue de las pertinentes actividades.

En Atención Primaria la valoración mediante patrones funcionales, propuesta por Marjory Gordon, permite una valoración enfermera sistemática y dirigida, que incluye todos los determinantes conocidos de salud-enfermedad desde un enfoque dinámico y ecológico que engloba aspectos subjetivos, objetivos y sociales en la valoración de los pacientes, tan relevante en el ámbito comunitario. De esta forma se obtiene una importante cantidad de datos del paciente, físicos, psíquicos, sociales y del entorno, de una forma ordenada, lo que facilita a su vez, el análisis de los mismos, cumpliendo los requisitos exigibles de una correcta valoración.

Al constituir el punto de partida del *Proceso de Enfermería*, es la base de todas las etapas siguientes, lo que la convierte en el banco de datos imprescindible para tomar decisiones. Su objetivo es recoger los datos sobre el estado de salud del paciente. Antes de identificar problemas y/o Diagnósticos de Enfermería, dichos datos deben haber sido confirmados y organizados para evitar conclusiones erróneas.

Para llevar a efecto esta valoración, la valoración inicial propuesta en la historia electrónica de enfermería incluida en ABUCASIS se realiza siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Los patrones relacionados a continuación, constituyen una herramienta que puede ser utilizada independientemente del modelo enfermero seguido:

- Patrón 1: Percepción/Manejo de la salud. Su objetivo es la obtención de datos acerca de las percepciones generales del individuo y/o su cuidador, sobre el manejo general de su salud y las prácticas

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

- Patrón 2: Nutricional/Metabólico. Nos permite recoger datos acerca del patrón típico de consumo de alimentos y líquidos así como indicadores amplios de las necesidades metabólicas, como el estado de la piel o la cicatrización.
- Patrón 3: Eliminación. Se recogen datos acerca de la regularidad y el control de los patrones excretores (intestino, vejiga, piel y deposiciones).
- Patrón 4: Actividad/Ejercicio. Permite valorar la actividad física y el ejercicio que precisa como medida de prevención de riesgo cardiovascular, así como evaluar la limitación de la capacidad funcional e instrumental de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Patrón 5: Sueño/Descanso. Incluye los patrones del sueño y los periodos de descanso-relax a lo largo de las 24 horas del día.
- Patrón 6: Cognitivo/Perceptual. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos como la vista, el oído, el gusto, el tacto o el olfato, y la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos.
- Patrón 7: Autopercepción/Autoconcepto. Describe el concepto que tiene de sí mismo el individuo, cómo se percibe y cómo cree que le perciben los demás, incluyendo las actitudes hacia uno mismo y la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas).
- Patrón 8: Rol/Relaciones. Describe el patrón de compromisos de rol y de relaciones, la necesidad humana de los demás y la influencia de las relaciones en el desarrollo personal y de los grupos.
- Patrón 9: Sexualidad/Reproducción. Incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales, así como el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o

postmenopausia y los problemas percibidos.

- Patrón 10: Adaptación/Tolerancia al estrés. Describe el patrón general de respuestas de adaptación de un individuo ante determinados acontecimientos, enfermedades, tratamientos o situaciones.
- Patrón 11: Valores/Creencias. Incluye la valoración de creencias que influyen en la salud y que facilitan o entorpecen la adopción de hábitos saludables y/o adherencia a tratamientos.

Dentro del proceso de atención de enfermería como referente metodológico de los cuidados, el *Diagnóstico Enfermero* tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema enfermero y la base para el plan de cuidados.

Los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación tras la detección de las necesidades humanas y también de las necesidades de cuidados.

El diagnóstico enfermero puede definirse como “un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente” (AENTDE; 2.001).

De entre las clasificaciones de diagnósticos enfermeros es la NANDA (ANEXO I) la que actualmente goza de mayor difusión. Desde sus orígenes la clasificación NANDA está siendo objeto de modificaciones, ampliaciones y reestructuraciones, pasando de un sistema de clasificación alfabético a una taxonomía con una estructura conceptual cada vez más sólida hasta llegar a la propuesta actual.

Los intereses que se persiguen con las sucesivas modificaciones son recoger todas las situaciones posibles con un lenguaje común, evitar duplicidades de diagnósticos y facilitar su aplicación a las diferentes realidades, reduciendo las posibilidades de error a la hora de optar por un diagnóstico.

La taxonomía diagnóstica NANDA II (NANDA Internacional; 2010) contiene cuatro términos clave para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

- *Eje*. Se define como “la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”. Una respuesta humana puede ser positiva, negativa, o de riesgo. Esta dimensión se ve representada por el eje denominado *potencialidad*; la respuesta puede estar referida a un sujeto desde su condición de individuo o de grupo, lo que quedaría expresado por el eje *unidad de cuidados*; una respuesta puede aparecer de manera aguda o mantenerse en el tiempo, lo que definiría el eje *tiempo*, etc. Los ejes, en la clasificación NANDA II, sirven para concretar el diagnóstico en función de las características y manifestaciones que identifican una respuesta humana determinada.
- *Dominio*. Representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ellos se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio. Cada dominio está referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona.
- *Clase*. Representa el nivel más concreto de la clasificación: la clase identifica aspectos más específicos dentro de un dominio. Contiene los conceptos diagnósticos, definidos como el elemento principal o parte esencial y fundamental del diagnóstico, y los diagnósticos que se relacionan con dichos conceptos.

- *Diagnóstico*. Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base de la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

En la taxonomía II se presentan los 206 diagnósticos aprobados por NANDA actualmente, relacionados alfabéticamente dentro de 13 dominios con un total de 47 clases. La estructura del código es de 5 dígitos consecutivos (del 00001 al 00206). Con esta nueva organización se pretende proporcionar una estructura que facilite la información, para la utilización y estudio de los diagnósticos en investigación, informatización y gestión.

En la fase de *Planificación*, se desarrollan estrategias dirigidas a evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el Diagnóstico de Enfermería. En esta etapa se establecen las prioridades, se establecen los objetivos de resultado (clasificación NOC) y se seleccionan de las intervenciones pertinentes (clasificación NIC) de forma organizada en el plan de cuidados.

La fase de *Ejecución* se corresponde con el inicio y la terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por el propio usuario, por miembros del equipo de atención sanitaria o por su familia. El Plan de Cuidados será la guía para el desarrollo de las actividades, pues es una importante herramienta en el desarrollo del trabajo de enfermería, obviamente en tanto esté apoyado en una correcta planificación y esté basado en problemas correctamente identificados y correctamente registrados; por tanto, su análisis con el fin de detectar carencias y/o errores es fundamental para sugerir áreas de mejora que conlleven una mejor calidad en su registro.

Finalmente, la fase de *Evaluación* es un proceso continuo que determina en qué medida se han ido alcanzando los objetivos de nuestra

atención. El profesional de enfermería en esta etapa revisa el plan de cuidados estableciendo las oportunas medidas correctoras si fuese necesario.

3.1.3. EL PACIENTE CRÓNICO Y LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Durante el siglo XX se produjeron en España dos importantes cambios desde el punto de vista de la estructura de su población y de las causas de enfermedad y muerte de la misma. Estos cambios, descritos en numerosos países, se denominan Transición Demográfica y Transición Epidemiológica, respectivamente.

La Transición Demográfica se define como el proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población hasta un momento determinado que explica el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de estas variables. En nuestro país nos encontramos en la fase tardía de esta transición caracterizada porque la tasa bruta de mortalidad es mayor que la tasa bruta de natalidad, el crecimiento natural es negativo y el crecimiento total es cercano o inferior a cero (Abellán A y Esparza C.; 2011).

Por otro lado, conforme se han ido produciendo las modificaciones en la estructura demográfica se han modificado las causas de enfermedad y muerte en la población, contribuyendo también a este hecho cambios más amplios de carácter socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico. Por todo ello, el patrón epidemiológico dominante en la actualidad está representado por las patologías crónicas, es decir, aquellas de larga duración y generalmente de progresión lenta que causan mortalidad prematura, conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y provocan efectos económicos, psicológicos y sociales importantes en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Los principales problemas sanitarios y las enfermedades prevalentes han ido evolucionando en los países desarrollados. Con el descenso de las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y las enfermedades crónicas han reemplazado a estas como principales causas de morbilidad y mortalidad, además de ser en gran medida, responsables de las limitaciones de actividad en las personas mayores.

A 1 de enero de 2012, residían en España 47,2 millones de habitantes, con un ligero predominio de las mujeres (50,7 %), suponiendo el grupo de edad de menores de 16 años casi el 16% y el de 65 y más años, más del 17%.

Para el conjunto de la población, España presenta una esperanza de vida al nacimiento de 82,1 años, una cifra mayor que la media de 79,7 años de la Unión Europea. Por sexos la esperanza de vida al nacer de las mujeres y hombres españoles es de 85,3 años y 79,1 años respectivamente. Para los habitantes de la Unión Europea estas cifras están en 82,6 años para las mujeres y 76,7 para los hombres.

En términos absolutos el número de defunciones en España en el año 2010 fue de 382.047 (183.926 mujeres y 198.121 hombres), con una tasa bruta de mortalidad de 829,2 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Los datos por causa muestran un perfil epidemiológico, ya clásico en España, similar al de los países de su entorno socioeconómico: enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares y cáncer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012).

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte en España, representa el 31,2% del total de defunciones. Dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón son la primera causa de muerte entre los hombres (20.226 defunciones) y las enfermedades cerebrovasculares la principal entre las

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

mujeres (17.529 defunciones). Dentro de los tumores, el responsable de mayor mortalidad fue el cáncer de bronquios y pulmón (20.755 fallecidos) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012).

El impacto de las enfermedades crónicas tiene una doble dirección, por un lado, sobre las personas y, por otro, sobre el sistema sanitario. Su importancia ha ido aumentando desde principios de siglo hasta la actualidad; viene dada por su elevada morbilidad y su enorme trascendencia socioeconómica. Alrededor de 22 millones de españoles sufren algún tipo de enfermedad crónica, a su vez, a partir de los 75 años un porcentaje superior al 50% padece cuatro o más enfermedades crónicas y muchos de estos pacientes están polimedicados (Sistema Nacional de Salud; 2.004). Paralelamente, en los objetivos recogidos en el documento “Estrategia salud XXI” redactados por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, la prevención y el control de los factores comunes de riesgo de las enfermedades no transmisibles se convierten en parte integrante de la vida comunitaria, creándose un amplio movimiento en favor de los estilos de vida sanos con una implicación multisectorial y multidisciplinar, estableciéndose mecanismos dirigidos a que las personas estén informadas para ser capaces en la toma de decisiones sobre las cuestiones referidas a su salud, así como para participar en la promoción de salud comunitaria (Sistema Nacional de Salud; 2.004).

El manejo de las condiciones crónicas constituye la piedra angular de la sostenibilidad del sistema sanitario. Estos enfermos absorben el 70% del gasto sanitario, el 80% de la Atención Primaria y el 60% de las hospitalizaciones. Es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS; 2003), en el año 2000 las condiciones crónicas representaron el 59% de la mortalidad total en el mundo y el 46% de la carga global de morbilidad. Esta carga aumentará al 78% en el

año 2020; las enfermedades que aportarán más carga serán las cardiopatías, los accidentes cerebro-vasculares, las demencias y el cáncer. Esto las convierte en el desafío del siglo XXI y demanda la necesidad de innovar su atención para evitar la no sostenibilidad económica de los sistemas de salud por parte de los gobiernos vigentes.

Por el número de pacientes afectados, la pluralidad de las patologías y las consecuencias organizativas y económicas que tiene para los sistemas sanitarios, la enfermedad crónica tiene visos de convertirse en la verdadera epidemia del siglo XXI. Cada vez habrá más pacientes crónicos debido a la forma de enfermar, a los hábitos tóxicos, al envejecimiento de la población y a la mejora de los tratamientos. Ante esta situación, es fundamental modificar la actitud del paciente ante una enfermedad crónica, pasando de pasiva a colaboradora activa, permitiendo de este modo la toma de decisiones en la gestión de su enfermedad. Para que la autonomía del paciente sea eficiente se requiere una educación terapéutica que deberá ser proporcionada por el sistema sanitario.

La atención de las enfermedades crónicas por sus características permanentes, irreversibles, incapacitantes y prevenibles, requiere un planteamiento específico que complemente las medidas farmacológicas con las no farmacológicas a través del fomento de la prevención y el seguimiento continuado. Estos pacientes requieren un contacto prolongado y regular con el sistema de salud que garantice, por un lado una atención proactiva, apropiada y segura, que potencie la continuidad asistencial a través de una coordinación estructurada de la atención sanitaria existente, los recursos sociales y de la comunidad. Por otro lado, es necesario impulsar la educación sanitaria del paciente y de su cuidador, así como, incorporar nuevas tecnologías para lograr que la información se comparta entre centros y entre proveedores, asegurando los mejores resultados en salud y calidad de vida.

La adopción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

para prevenir las enfermedades crónicas representa un avance importante de las ideas favorables a una política sanitaria integrada. A veces, las enfermedades crónicas son consideradas transmisibles en relación con los factores de riesgo. Los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física son comportamientos de riesgo que se difunden por los países y pasan de una población a otra como una enfermedad infecciosa, con gran incidencia en los perfiles de morbilidad a nivel mundial (Niño Martín V.; 2011).

Las estrategias de prevención incluyen medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria. En el caso de los pacientes con enfermedad crónica, la prevención secundaria intenta evitar la progresión de la lesión biológica o de la enfermedad en pacientes que se hayan asintomáticos o manifiestan una morbilidad reducida. A su vez, la prevención terciaria intenta evitar las discapacidades en los pacientes que ya presentan los síntomas de la enfermedad incluyendo medidas terapéuticas para retrasar la progresión de la enfermedad y evitar sus complicaciones, así como los cuidados de rehabilitación en los pacientes (Niño Martín V.; 2011).

El paciente con enfermedad crónica, es un paciente que, a la vez que consume un gran porcentaje de los recursos sanitarios, demanda muchos cuidados y presenta un nivel de exigencia y expectativas cada vez más alto, requiriendo un seguimiento muy longitudinal en atención primaria y necesitando bastante información y acompañamiento para moverse por el sistema sanitario.

La organización actual de los servicios, centrados en la resolución de patologías agudas, favorece una atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo, valorando poco los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos. Existe, además, una variabilidad no justificada en la atención prestada a pacientes con características clínicas similares y se realizan intervenciones que no aportan valor en términos de mejora en los resultados de salud.

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria y entre el sistema sanitario y social es uno de los principales condicionantes de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles y conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo. Las personas con condiciones de salud de carácter crónico y limitaciones en la actividad, son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben. Son precisamente estos pacientes, generalmente la población de mayor edad y con limitación funcional, los que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan mayor número de recursos sanitarios y sociales.

Un rasgo común a todas las patologías crónicas es la importancia de los estilos de vida en el control y evolución de la enfermedad, ya que influyen de manera directa en el proceso patológico; por tanto, una parte fundamental del tratamiento tiene que ver con aspectos informativos y educativos dirigidos a mejorar el grado de conocimiento acerca de la enfermedad, así como conseguir actitudes y conductas positivas que supongan un beneficio para el control de la patología.

El sistema sanitario no puede ofrecer solamente un seguimiento y unos cuidados discontinuos a los pacientes con enfermedades crónicas ligados en general a las agudizaciones o a las descompensaciones de sus patologías. El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación del paciente y de su entorno (Sistema Nacional de Salud; 2012).

Este proceso de evolución social ha llevado a una atención orientada al paciente, donde la personalización e integralidad de la atención junto a la

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

continua búsqueda y diseño de mecanismos para reducir la variabilidad y homogeneizar la práctica asistencial, han dado lugar a un nuevo escenario. Unido al cambio de los patrones epidemiológicos, se ha propiciado un incremento de la cartera de servicios basado en la oferta de intervenciones enfermeras con la finalidad de conseguir una atención sistematizada de estos pacientes, siendo necesario para ello una coordinación entre niveles, una gestión innovadora y eficaz y un fomento de los autocuidados.

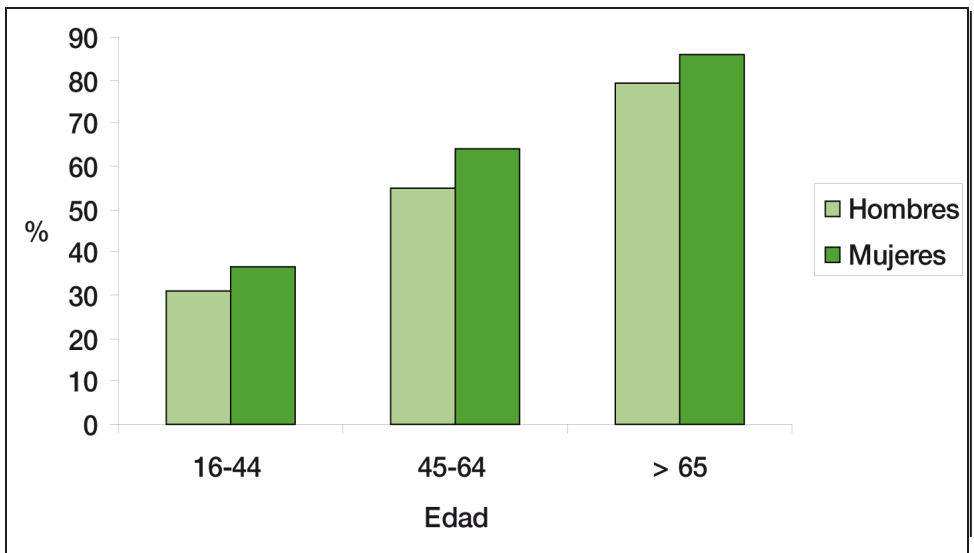
En España, según la Encuesta Europea de Salud (EES) 2009 (Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud; 2012), el 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico (46,5% de los hombres y el 55,8% de las mujeres) y el 22% de la población dos procesos o más, incrementándose estos porcentajes con la edad (Figura 2). Son enfermedades no transmisibles que persisten en el tiempo, no tienen cura definitiva, y requieren un tratamiento continuado.

Se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria, de las que hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de pluripatología se puede estimar en un 1,38 % de la población general o en un 5% en mayores de 65 años de edad (Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud; 2012).

Las enfermedades crónicas son las que suponen un mayor número de prescripciones y la tendencia es a ir aumentando ya sea por el progresivo envejecimiento de la población o por la mejor detección, diagnóstico y seguimiento de este tipo de patologías. Según datos recientes de un 20% a un 30% de las prescripciones farmacológicas realizadas en Atención Primaria son crónicas, entendiendo por “prescripción en Atención Primaria” no solo este

ámbito, sino también a las interfases existentes entre Atención Primaria y Atención Especializada (prescripción al alta hospitalaria, consultas externas, urgencias...), siendo entre un 18% y un 38% las derivadas del segundo nivel de atención (Informe SESPAS; 2012). En un sistema en el que las necesidades de salud de la población cada día son mayores y los recursos se muestran limitados, se hacen necesarias medidas de gestión que permitan una asistencia más eficiente.

Figura 2. Prevalencia (%) de problemas crónicos por edad y sexo.



Fuente: Abellán A. y Esparza C.; 2011.

En este contexto, las enfermeras responsables del cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas juegan un importante papel asistencial, siendo fundamental una educación para la salud que permita asimismo, establecer medidas relacionadas con la promoción de un estilo de vida saludable. Además de la implementación de actividades coordinadas e integradas en la práctica asistencial, dentro del proceso de atención del paciente crónico es fundamental la coordinación del área de responsabilidad autónoma de enfermería con el resto del equipo asistencial del paciente. Es en

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

esta área autónoma de enfermería, desde donde se debe abordar la educación del paciente crónico como un subproceso cuyo propósito debe estar centrado en proporcionar la mejor respuesta personalizada a las necesidades de salud detectadas y, de esta forma, mejorar su calidad de vida, procurándose la consecución del máximo nivel de autocuidados e implicando en ello, tanto al paciente, como al cuidador principal y a la familia (Mora JR et al.; 2002).

Uno de los mayores problemas en las personas con procesos crónicos, son las dificultades que éstos tienen para poder cuidar de sí mismos. Definiendo el autocuidado, siguiendo la teoría de Dorothea Orem, como “*la capacidad de uno mismo para mantener la salud, la vida y la calidad de vida*”, los individuos que están enfermos y recibiendo tratamiento deben de seguirlo correctamente; cuando esto no ocurre así, se produce una “Gestión ineficaz de la propia salud” reflejada en un “Manejo Ineficaz del Régimen Terapéutico” (Bakker RH. et al.; 1995), diagnósticos incluidos en la taxonomía NANDA (NANDA Internacional; 2012).

Ambos diagnósticos *Gestión ineficaz de la propia salud (00078)* e *Incumplimiento del plan terapéutico (00079)* son de gran relevancia en el proceso de atención al paciente crónico, estando estrechamente relacionados con el éxito del proceso de autocuidados tanto a nivel de la promoción de la salud como a nivel conductual en el paciente con enfermedad crónica, resultando importante el seguimiento de dichos pacientes para la valoración del proceso de atención de enfermería.

La descripción de las particularidades de dichos diagnósticos se expone a continuación.

Código 00078: Gestión ineficaz de la propia salud

Dominio 1: Promoción de la salud. Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias utilizadas para mantener el control

normalidad de las funciones y estrategias utilizadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función.

Clase 2: Gestión de la salud. Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

Definición:

Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no adecuado para alcanzar los objetivos de la salud específicos.

Características definatorias:

- Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.
- Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.
- En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.
- Expresa deseo de manejar la enfermedad.
- Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.

Factores relacionados:

- Complejidad del sistema sanitario.
- Complejidad del régimen terapéutico.
- Conflicto de decisiones.
- Dificultades económicas.
- Demandas excesivas (p.ej., personales, familiares).

- Conflicto familiar.
- Patrones familiares de cuidado de la salud.
- Inadecuación del número de intervenciones.
- Percepción de barreras.
- Percepción de beneficios.
- Percepción de gravedad.
- Percepción de susceptibilidad.
- Déficit de conocimientos.
- Impotencia.
- Régimen.
- Déficit de soporte social.

Código 00079: Incumplimiento del plan terapéutico

Dominio 10: Principios vitales. Principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedoras de un valor intrínseco.

Clase 3: Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones. La congruencia o equilibrio logrado entre los valores, las creencias y las acciones.

Definición:

Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la

familia y/o la comunidad) y un profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es total o parcialmente de no adherencia y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente ineficaces.

Características definitorias:

- Conducta indicativa de incumplimiento.
- Evidencia de desarrollo de complicaciones.
- Evidencia de exacerbación de los síntomas.
- No asistencia a las visitas concertadas.
- Falta de progresos.
- Pruebas objetivas que proporcionan evidencia de incumplimiento (p.ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos).

Factores relacionados:

SISTEMA DE SALUD

- Acceso a la asistencia.
- Habilidades de comunicación del profesional.
- Conveniencia de la asistencia.
- Credibilidad del profesional
- Dificultad en la relación entre el cliente y el profesional..Cobertura sanitaria individual.
- Continuidad del profesional.

- Seguimiento regular del profesional.
- Remuneración del profesional.
- Satisfacción con la atención.
- Habilidades de enseñanza del profesional.

PLAN DE CUIDADOS DE LA SALUD

- Complejidad.
- Coste.
- Duración.
- Flexibilidad financiera del plan.
- Intensidad.
- INDIVIDUALES
 - Influencias culturales.
 - Conocimientos deficientes para la conducta prescrita.
 - Habilidades de desarrollo.
 - Creencias sobre la salud.
 - Sistema de valores individual.
 - Fuerzas motivacionales.
 - Habilidades personales.
 - Personas significativas.
 - Habilidad relevante para la conducta prescrita.

- valores espirituales.

RED DE SOPORTE

- Implicación de los miembros en el plan de salud.
- Percepción de las creencias de las personas significativas.
- Valoración social del plan.

En nuestro país, a pesar de los esfuerzos de los servicios de salud, de las organizaciones colegiales de enfermería, de las universidades, y de muchas sociedades científicas que han conseguido aumentar en los últimos años el número de trabajos de investigación realizados, todavía no existen suficientes estudios desde la perspectiva enfermera que analicen la gestión ineficaz de la propia salud y el manejo ineficaz del régimen terapéutico. La mayor parte de la literatura encontrada se refiere al incumplimiento y a la no-adhesión del tratamiento, y han sido realizadas por profesionales de la medicina (Hueso Navarro F.; 2005).

Haynes (Haynes et al.; 1980) definió el incumplimiento como “el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico-sanitarias”. Tras efectuar una revisión sobre el cumplimiento farmacológico en más de 250 estudios, concluyó que se puede expresar el cumplimiento con la regla de los tres tercios: un tercio de los enfermos toman la medicación de forma correcta; otro tercio solo algunas veces; y el tercio restante casi nunca. En consecuencia el incumplimiento da lugar a una disminución de la eficacia y de la efectividad de las medidas terapéuticas y un aumento de la morbimortalidad (Cramer JA. et al.; 2008).

En general, el bajo cumplimiento con las prescripciones de medicamentos es bastante frecuente. Aunque es difícil de cuantificar por la

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

diversidad de patologías y por las distintas indicaciones terapéuticas, se estima que llega al 50% para las indicaciones farmacológicas en los procesos crónicos. En los procesos agudos, varía según el tiempo; en los primeros días es de un 20%, pero si se prolonga, puede llegar a un 68%. El cumplimiento con las medidas no farmacológicas es aún más errático. En la medida en que la respuesta al tratamiento esté relacionada con la dosis y el esquema de su administración, la falta de cumplimiento reduce los beneficios del tratamiento y puede influir en la evaluación de su eficacia (Haynes RB. et al.; 1980) (Haynes RB., Dantes R.; 1993).

Se entiende por *cumplimiento terapéutico*, el grado en que el comportamiento de una persona (que toma una medicación, sigue una dieta y realiza cambios en el estilo de vida) concuerda con las recomendaciones acordadas del profesional sanitario (OMS; 2003). Sin embargo, según diversos autores, este término tiene connotaciones discordantes, ya que implica la aceptación pasiva de lo que el profesional define como bueno para el paciente, por lo que prefieren utilizar el término de *adherencia terapéutica* (Cirici R.; 2002), entendiendo ésta como la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido; por consiguiente, la adherencia implica la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente, en lugar de la ejecución simple de una orden terapéutica. La adherencia puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida, a la proporción de información suficiente al profesional, respeto a la cronología de las tomas y valoración de la medicación, asistencia a citas, participación activa en tratamientos, cumplimentación de directrices terapéuticas sobre hábitos de sueño, alimentación, ejercicio, higiene, etc. Por tanto, podemos considerar el término adherencia como un constructo más amplio que el simple "cumplimiento terapéutico" (Cirici R.; 2002) (Colom F. y Vieta E.; 2002), incluyéndose el concepto de concordancia y el establecimiento de un acuerdo de consenso entre el paciente y el profesional acerca de su tratamiento.

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La baja adherencia al plan terapéutico de las enfermedades crónicas constituye un problema de gran magnitud, compromete gravemente la efectividad de los tratamientos y se convierte en un punto crítico en la salud de la población, tanto desde las expectativas sobre los resultados en salud y calidad de vida como desde la economía de la salud, siendo una de las causas de mala evolución de la enfermedad y de cuantiosas pérdidas económicas.

Algunos estudios muestran como los pacientes crónicos no se adhieren de manera global a sus tratamientos; en especial, y de manera más acusada, encuentran más dificultades a la hora de cumplir las recomendaciones en cuanto a la dieta y el ejercicio físico (Martos MJ. et al.; 2008). Además, el 55% de los pacientes crónicos manifiestan haberse saltado en alguna ocasión la toma de los medicamentos prescritos para su enfermedad acercándose así a los datos encontrados en la literatura. Estos resultados coinciden con otros obtenidos en investigaciones previas en relación a la distinta dificultad en seguir las prescripciones terapéuticas dependiendo del área de tratamiento (Beléndez y Méndez FX.; 1995) (Froján MX. y Rubio R.; 2005), de forma que, una persona puede cumplir estrictamente con las recomendaciones médicas en un área (medicación), pero no seguir en absoluto las otras recomendaciones (dieta y ejercicio físico). A esto, se añade que los hábitos de salud son además poco consistentes, por lo que puede que muchos enfermos crónicos comiencen una dieta saludable o realicen durante algún tiempo el ejercicio recomendado, pero estas conductas no se mantengan en el tiempo (Leventhal H. et al.; 1985).

Otro concepto relacionado es el de *persistencia*. El significado y el uso de los términos como "cumplimiento" y "persistencia" son dos construcciones diferentes pero que tienen en común el medir el uso del tratamiento, definiéndose como (Haynes RB., Dantes R.; 1993):

- Cumplimiento de la medicación: "la medida en que el paciente

actúa de acuerdo con el intervalo establecido, y la dosis de un régimen de dosificación".

- Persistencia de la medicación se refiere al acto de continuar el tratamiento durante el tiempo prescrito. Puede ser definida como "la duración del tiempo de iniciación a la interrupción del tratamiento". En España, existen escasos estudios que analicen el cumplimiento terapéutico en las enfermedades crónicas más frecuentes, estando centrados la mayoría de ellos en el tratamiento de la hipertensión arterial o de las dislipemias (Hueso Navarro F.; 2005). En todos estos estudios es realmente llamativa la presencia del incumplimiento. También existen algunos estudios en el tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en pacientes con otras enfermedades crónicas y, en menor medida, en enfermedades agudas (Conthe P. et al.; 2012).

Existen abundantes referencias (Bailey JE. et al.; 2010) que indican la clara relación entre incumplimiento del tratamiento e incremento de la morbimortalidad. El incremento en el número de visitas programadas para control de la enfermedad y el mejor cumplimiento se asocia incluso a una disminución de la mortalidad global.

De forma general, el incumplimiento farmacológico en España en el tratamiento de las enfermedades crónicas varía entre el 40 y el 60% aproximadamente, y el incumplimiento no farmacológico (medidas higiénico-dietéticas) oscila entre el 70 y el 95%, lo que da a entender la dificultad que lleva consigo tomar la medicación de modo continuo en el tratamiento farmacológico, y realizar los cambios en el estilo de vida y el abandono de los hábitos tóxicos, en el tratamiento no farmacológico (Conthe P. et al.; 2012).

Entre las razones que se incluyen para la falta de cumplimiento con los planes terapéuticos aunque no se restringen exclusivamente a ellos,

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

destacan problemas con el régimen, efectos adversos, instrucciones deficientes, mala relación entre profesional sanitario y paciente, falta de memoria, desacuerdo por parte del paciente con respecto a la necesidad de tratamiento o imposibilidad de asumir el coste. Otros factores relacionados son el sistema sanitario, el equipo que administra la intervención, las condiciones sociales y económicas del paciente y las características del propio tratamiento.

En ocasiones las causas del incumplimiento del plan terapéutico se deben a causas voluntarias o intencionadas, donde las creencias, convicciones o vivencias están en el núcleo del problema. Otras veces el incumplimiento es involuntario, especialmente por olvido de algunas de las tomas. La forma de incumplimiento más frecuente y más reconocida por los pacientes y profesionales es la pérdida de dosis debido al olvido, cambio en los regímenes de medicación o estilos de vida ocupados (Mahtani K. et al.; 2011).

Sin embargo, no todos los pacientes abandonan completamente el tratamiento, puede ser que lo cumplan de forma inadecuada. Este fenómeno, se denomina *cumplimiento intermitente* (Colom F. y Vieta E.; 2002). Los pacientes que cumplen de forma intermitente, se permiten períodos variables, en ocasiones prolongados en los que no toman medicación, o bien lo hacen de forma parcial y selectiva. Algunos de ellos incluso aprenden a disfrazar su incumplimiento tomando dosis más altas de medicación días antes de las revisiones plasmáticas. Este tipo de pacientes son realmente incumplidores.

Para los tratamientos a largo plazo, como es el caso de las enfermedades crónicas, hay medidas eficaces que pueden simplificar el régimen de dosis y algunas estrategias que incluyen combinaciones de instrucciones y asesoramientos más detallados dirigidos al paciente, recordatorios, seguimiento cuidadoso, automonitorización supervisada, recompensas para el éxito, terapia familiar, terapia psicológica, intervención en crisis y seguimiento telefónico, que pueden mejorar la adherencia y los resultados del tratamiento. Sin embargo, el uso de estas estrategias complejas

para mejorar la adherencia al plan terapéutico a largo plazo no es muy efectivo, a pesar de la cantidad de esfuerzos y recursos que consumen.

El primer obstáculo en la mejora de la adherencia a los tratamientos crónicos es la determinación de las causas de la baja adherencia. A pesar de varias causas identificables, la mejora de la adherencia es difícil. La educación pasiva del paciente con la información impresa por sí sola no parece muy eficaz. Parece ser que la relación personal sanitario-paciente, incluyendo la discusión y pacto de los resultados que se pretenden obtener, la discusión de los beneficios del plan terapéutico, y la retroalimentación de los efectos del tratamiento, puede ser más eficaces. El enfoque debe estar centrado en el paciente enmarcando las intervenciones en el nivel apropiado basado en el conocimiento del paciente y la motivación que presenta (Niño Martín V.; 2011).

Otros estudios muestran la existencia de cierta interrelación entre las conductas de los pacientes (incumplimiento) y la de los profesionales sanitarios (inercia terapéutica) (Phillips et al.; 2001). La inercia clínica fue definida por Phillips como “los fallos del profesional médico en la iniciación o intensificación del tratamiento cuando estos están indicados”. La inercia clínica es un problema común en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas desde el ámbito de la atención primaria y se produce cuando los proveedores de atención de la salud reconocen el problema (falta de alcanzar los objetivos terapéuticos en los pacientes con hipertensión arterial, dislipemia, diabetes o cualquier otra patología), pero no actúan para iniciar o intensificar el tratamiento. La inercia clínica es más que omisión, y se ha demostrado que hay otros factores no clínicos como la comunicación paciente-profesional (médicos/as, enfermeros/as, farmacéuticos/as...) que contribuyen a la inercia clínica.

La OMS promueve estrategias encaminadas a la mejora de la adherencia. Son varios los servicios de salud nacionales e internacionales que fomentan esta actividad, bien a través de programas de salud específicos o

bien, integrada en otros programas de atención a pacientes crónicos. En este punto el papel del profesional de enfermería es fundamental para asesorar al paciente proporcionando consejos y apoyo sobre cómo llevar a cabo el plan de cuidados.

Desde el punto de vista de las necesidades y expectativas de los pacientes, la enfermera ha de ofrecer respuesta a las demandas de los usuarios (individuo, familia y comunidad) proporcionando cuidados que garanticen un buen nivel de calidad. Para que la respuesta sea adecuada, es necesario analizar continuamente tanto la evolución de la sociedad en sus preferencias, opiniones y necesidades sentidas, como los factores de riesgo que inciden en la salud, acomodando la organización del trabajo a los cambios producidos por esta constante evolución.

Como ámbito de trabajo y marco para la identificación de necesidades de salud, la consulta de enfermería definida como un proceso de atención directa, donde la enfermera realiza promoción de la salud, así como prevención y rehabilitación de la enfermedad a personas de una forma integral, facilita la coordinación con otras actuaciones de enfermería, como la atención domiciliaria y la intervención comunitaria (Martínez Riera JR.; 2003).

Es relevante integrar al paciente como un participante activo, valorado y esencial para el proceso de cambio. Las recaídas no deben ser vistas como fracasos, sino como una oportunidad más para aprender. Las intervenciones exitosas y más efectivas a largo plazo requieren un enfoque terapéutico que haga hincapié en la adherencia al mismo y en el autocuidado.

El personal de enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del paciente para que él pueda satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad. Asimismo, debe valorar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de

los pacientes, fijando como resultado final la eliminación de dicho déficit de contacto (Niño Martín V.; 2011).

La elaboración de un plan de cuidados específico donde conste la priorización de los diagnósticos enfermeros (NANDA), con la fijación de unos de resultados (NOC) reales y vinculados a unas intervenciones (NIC), es básica.

Las enfermedades crónicas más destacadas están relacionadas con determinantes de la salud vinculados a los estilos de vida y hábitos, sobre los que se puede actuar mediante medidas de promoción de la salud y actividades preventivas. Entre ellos, cabe destacar el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta inadecuada y la inactividad física (Sistema Nacional de Salud; 2012).

Cuidar la vida y la salud requiere del desarrollo de habilidades personales relacionadas con la autogestión, la educación, la comunicación y la información, para el autocuidado del paciente crónico. Desde esta óptica, la educación del paciente no consiste únicamente en informarle sobre los aspectos relacionados con su enfermedad, sino que va más allá de la información. Es un proceso que sigue varias etapas que deben estar integradas como una parte más del plan terapéutico y de los cuidados, a la vez que debe comprender un conjunto de actividades planificadas de sensibilización, de aprendizaje y de apoyo multidisciplinar.

Prueba de ello son los numerosos estudios que demuestran que la aplicación de programas educativos en pacientes afectados por enfermedades crónicas, contribuyen a reducir las complicaciones a corto plazo, facilitan un control metabólico más ajustado, una disminución de los ingresos hospitalarios y, además, han demostrado su rentabilidad. Por otra parte, también han puesto de relieve que la educación al paciente mejora sus conocimientos sobre su enfermedad, sus actitudes y comportamientos, contribuyendo a un aumento

considerable de su estado de salud y de su calidad de vida. (Alfonso MT.; 2009).

Algunas de las intervenciones llevadas a cabo en las consultas de enfermería, orientadas a que el paciente adopte un estilo de vida saludable se describen a continuación:

0200. Fomento del ejercicio. Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

01100. Manejo de la nutrición. Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

01260. Manejo del peso. Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

01280. Ayuda para disminuir el peso. Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.

01800. Ayuda al autocuidado. Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.

02100. Manejo de la hiperglucemia. Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

04360. Modificación de la conducta. Promoción de un cambio de conducta.

04490. Ayuda para dejar de fumar. Ayudar a un paciente para que deje de fumar.

04920. Escucha activa. Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

05246. *Asesoramiento nutricional*. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

05250. *Apoyo en la toma de decisiones*. Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

05510. *Educación sanitaria*. Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos y comunidades.

05602. *Enseñanza del proceso de la enfermedad*. Ayudar al paciente comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

05606. *Enseñanza individual*. Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

05614. *Enseñanza de la dieta prescrita*. Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

05616. *Enseñanza de los medicamentos prescritos*. Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

05618. *Enseñanza del procedimiento del tratamiento*. Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

06610. *Identificación de riesgos*. Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

La implementación de los diagnósticos enfermeros comporta numerosos beneficios para el cuidado de los pacientes: una mejor planificación de cuidado mejor y más consistente, mejora de la comunicación enfermera-enfermera, enfermera-médico y enfermera-paciente, y un mejor reconocimiento de todos los aspectos y fenómenos que resultan difíciles de valorar y describir y que configuran a la persona como ser único e irrepetible (NANDA International; 2012).

3.1.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN CLÍNICA DEL CUIDADO: HISTORIA ELECTRÓNICA

La informática ha supuesto una revolución en la última década, su utilidad en la vida cotidiana resulta indiscutible, los campos de aplicación cada día son mayores y dentro de la salud parece lógico pensar que su empleo puede ayudarnos a conseguir una asistencia más eficiente. De hecho, el concepto de informatización es amplio, y a veces intercambiable con los de tecnologías de la información (TI) y tecnologías de la información y comunicación (TIC). Bajo el título TIC, sin hacer una lista exhaustiva, se incluye: historia clínica electrónica, ayuda para la toma de decisiones, entradas de órdenes informatizadas, informática para pacientes, telemedicina, redes de intercambio de datos, sistemas de gestión y redes de intercambio de datos.

Diversos autores (Alonso López F. et al.; 1995) demostraron que la introducción de la informática en la práctica clínica diaria se traduce en una racionalización del proceso de asistencia, una consecución más fácil de los objetivos de salud, una mejor distribución de los recursos gracias a una rápida evaluación, una mejora en el uso racional del medicamento y, en definitiva en una mejor atención al usuario.

Los primeros antecedentes de la historia clínica informatizada se remontan a mediados de los años sesenta del siglo pasado. En España, a finales de los años ochenta, se introdujo la informatización como herramienta administrativa para la gestión de agendas y obtención de datos para los gestores. Esta etapa tuvo una duración breve y no fue bien aceptada por los profesionales.

Fue a finales de los años noventa cuando comenzó a introducirse la historia clínica informatizada. Inicialmente, la experiencia pivotó sobre unos pocos modelos de historia clínica pero con el transcurso de los años, al completarse el proceso transferencial de las competencias sanitarias y

enmarcado en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), la situación fue diferente; aunque el modelo OMI-AP era el más extendido (Madrid, Asturias, Aragón, Murcia y la Rioja), otras Comunidades Autónomas optaron por distintos modelos de informatización como DIRAYA en Andalucía, ABUCASIS en la Comunidad Valenciana, OSABIDE en el País Vasco, TURRIANO en Castilla La Mancha, SELENE en Murcia o JARA en Extremadura, por citar algunos ejemplos (Bravo Toledo R., et al.; 2008).

El Ministerio de Sanidad, en el seno del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrolló un proyecto de historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de este proyecto es garantizar a los ciudadanos, que los profesionales sanitarios tengan acceso a la información clínica relevante que precisen en cualquier momento y lugar del SNS. Establece como competencia de las comunidades autónomas la regulación de la estructura y contenidos de las historias clínicas, en su ámbito de competencia (Sistema Nacional de Salud; 2010).

Durante mucho tiempo, la actividad profesional de las enfermeras quedó oculta en el anonimato al no quedar recogida en ningún tipo de soporte válido para su consulta o evaluación (Martínez Riera JR. et al.; 2006).

Es a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando la historia clínica pierde su exclusividad como sistema de registro de los médicos, pasando a establecerse como un soporte de recogida de información para los diferentes profesionales que intervienen en la relación con los individuos tanto en asistencia especializada como más tardíamente en atención primaria.

La historia clínica en atención primaria pasó a denominarse historia de salud de atención primaria (HSAP), al tiempo que abandonó el carácter de exclusividad que hasta ese momento tenía como soporte de registro de la actividad médica, al configurarse como un soporte que permite recoger, agrupar y ordenar tanto datos relativos a la salud del individuo y/o familias

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

como para registrar la actividad que los diferentes profesionales de los equipos llevan a cabo, favoreciendo la comunicación interpersonal y la eficacia de la atención. Como formato normalizado de registro, pasó a convertirse en un instrumento de indudable importancia para la calidad asistencial, la docencia, la investigación y la gestión.

Además de contener los datos clínicos que tienen relación con la situación del individuo, su proceso evolutivo, el tratamiento y la recuperación, la historia no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que es un documento que se va haciendo en el tiempo, documentando fundamentalmente la relación entre el usuario y el profesional e incluyendo juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento del paciente.

La historia puede definirse además desde otras perspectivas, como la jurídica, el ámbito sanitario-asistencial, o bien desde el área legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su atención desde su nacimiento y hasta su muerte, estando legislada a través de distintos textos normativo-legales que aseguran ciertos principios al respecto del manejo, propiedad y acceso a la historia clínica, como son:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 63/1995 (BOE de 10 de febrero de 1995).
- LOPD: Ley orgánica de protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia

de información y documentación clínica.

- Ley 1/2003 de derechos e Información al paciente de la Comunidad Valenciana.

Inicialmente, la instauración de la historia en atención primaria fue objeto de diferentes debates que condujeron a la existencia de una amplia gama de modelos en las diferentes Comunidades Autónomas como hemos visto, con una gran influencia del ámbito hospitalario y/o especializado; sin embargo, finalmente se configuró como el registro escrito de los datos sociales, de promoción, preventivos y sanitarios, obtenidos directa o indirectamente y constantemente actualizados para facilitar y mejorar la atención al individuo y a la familia, contribuyendo con los mismos a la asistencia de la comunidad y a la investigación.

Dado el carácter longitudinal de la HSAP a lo largo de todas las etapas del ciclo vital de las personas, entre sus principales funciones cabe destacar:

- Atención al individuo y a la familia, mediante un sistema de recogida de datos en formato organizado y estructurado que permite y facilita la toma de decisiones.
- Garantizar la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida, a través de la recogida de datos en todos sus contactos con los servicios de salud y sus diferentes profesionales.
- Asegurar la calidad asistencial, constituyéndose como instrumento fundamental para la realización de auditorías que permitan valorar la actuación de los diferentes profesionales.
- Apoyo a la investigación, a través de la recuperación de información que favorecerá el desarrollo de investigaciones retrospectivas, tanto sobre problemas específicos de salud como de cualquier tipo de actividades recogidas en la historia.

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

- Fuente de datos para la gestión y el desarrollo de actividades.
- Aplicación en la docencia, puesto que el análisis de la práctica asistencial sistematizada permite la mejora del proceso asistencial y la utilización de la información en el proceso de enseñanza-aprendizaje, tanto en la formación pregrado como de postgrado.

La incorporación de las nuevas tecnologías a la práctica asistencial de Enfermería ha sido el principal exponente de la propuesta de la aplicación del método científico a la profesión como parte del proceso global de asistencia sobre el paciente y sobre su salud, estando además, y lo que es más novedoso, dentro de la trayectoria de salud del paciente donde se interrelacionan datos tanto administrativos como clínicos en todos los niveles. El registro informático en la práctica profesional de enfermería permite:

- Una planificación y una asignación de cuidados a través de taxonomías normalizadas en las etapas del proceso de enfermería, con la incorporación de un lenguaje enfermero.
- Un registro de todos los datos estructurados: anamnesis, hojas de seguimiento, distintas escalas de valoración.
- Una explotación estadística de los registros realizados para poder rápidamente extraer, conocer y aplicar en la mejora de la calidad asistencial la información necesaria para enfermería.

Con la informatización de la historia clínica del paciente se pretende unificar toda la información de salud del paciente para su fácil accesibilidad y consulta desde cualquier ámbito, con una política de permisos de acceso al registro y a la consulta de la información según el perfil de cada profesional (Sánchez Ros L., Reigosa Gago F.; 2006). En definitiva, se busca conseguir todos los beneficios derivados de la historia electrónica respecto de la historia en formato tradicional (Tabla 1).

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Tabla 1. Comparación entre la Historia Clínica Tradicional y Electrónica.

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL
INVOLABILIDAD.	
No puede ser adulterada, por medio de firma digital, inserción de hora y fecha automática y técnicas de Back up adecuadas	Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo
SECUENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.	
Garantizada por mecanismos de campos autonuméricos e inserción de hora y fecha automática	Es difícil si no está previamente numerada, las evoluciones son consecutivas sobre un mismo papel
RESERVA DE LA INFORMACIÓN PRIVADA DEL PACIENTE.	
Garantizada por mecanismos de seguridad informáticos	Garantizada por mecanismos de control del archivo
ACCESIBILIDAD.	
Utilizable en todo momento o lugar vía internet, wireless y wap	Utilizable en un solo lugar
DISPONIBILIDAD.	
Siempre disponible para todos los que están justificadamente habilitados para el acto clínico, así como para la auditoria, estadísticas, epidemiología, planes de prevención y peritajes legales	Dependiendo de la accesibilidad a los archivos físicos
RIESGO DE PÉRDIDA DE INFORMACIÓN.	
Seguridad garantizada con una correcta política de resguardo de la información (back-up)	Frecuentemente extraviada.
INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA.	
La informatización racional garantiza que la información de un paciente no esté fragmentada.	Frecuentemente se encuentran dividida en servicios, se suelen abrir varios números de historia clínica para un mismo paciente.
DURABILIDAD.	
Permanece inalterable en el tiempo para que su información pueda ser consultada.	Sufre deterioro con el tiempo, por su propio uso muchas veces.
LEGIBILIDAD.	
Siempre legible	Algunas veces ilegible
LEGALIDAD Y VALOR PROBATORIO.	
Garantizado por la firma digital y el inserción de hora y fecha automática	Garantizado sí esta bien confeccionada, clara, numerada y completa
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL.	
Por la firma digital.	Por la firma holográfica y el sello con la matrícula.
TEMPORALIDAD PRECISA.	
Garantizada con fecha y hora.	A veces con fecha y hora.

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

GARANTÍA DE LA AUTORÍA	
Identifica de forma inequívoca a quien generó la información mediante la firma digital.	Por medio de la firma manual y sello que a veces suele faltar.
REDUNDANCIA	
Previene duplicidades	Incompleta con información duplicada e innecesaria.
ERRORES DE CONSIGNACIÓN	
Menor número de errores	A veces inexacta
ESTANDARIZACIÓN DE DATOS	
Ingreso estandarizado de datos	Organizada según necesidad de cada servicio.
COSTES DE PERSONAL ADMINISTRATIVO	
Puede ser utilizada por los mismos profesionales que requieren la información.	Requiere personal para el mantenimiento del archivo, (repartir, buscar y ordenar las HC).
COSTES DE IMPRENTA	
No requiere	Es necesario para los distintos formularios que la componen
COSTES DE PAPEL	
Bajo, sólo cuando necesariamente se requiera imprimirla	Alto
TIEMPO DE CONSULTA	
Más corto	Más largo
TIEMPO DE BÚSQUEDA DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	
Más corto	Más largo
ORIENTACIONES EN LA TERAPÉUTICA	
Se pueden incorporar alertas y reglas informatizadas	No
RECORDATORIOS Y ALERTAS	
De fácil implementación	No
DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS PARA ESTADÍSTICAS	
Inmediata	Mediante tediosos procesos
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES Y SEPARACIÓN DE DATOS POR DISTINTOS ÍTEM	
Fácil y accesible	Difícil, poco confiable y costosa
ROBO DE LA HISTORIA CLÍNICA	
Imposible si hay una política de seguridad informática confiable de conservación de registros y back up.	Si se roba o se pierde es imposible de recuperarla

Fuente: Diferencias Comparativas entre la Historia Clínica Tradicional (HCT) y la Historia Clínica Computarizada (HCC) (Serna A., Ortiz O.; 2005).

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Partiendo de la base de que la información es esencial para la toma de decisiones adecuadas, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) constituyen una herramienta fundamental para el funcionamiento del Sistema Sanitario, ya que mejoran la equidad, la calidad de la asistencia, la seguridad, la productividad y la eficiencia, optimizando la utilización de los recursos asistenciales (Conselleria de Sanitat; 2009).

En la Comunidad Valenciana, siguiendo esta línea, y derivado de la existencia de múltiples aplicaciones informáticas inconexas, en el año 2.004 se definió el Plan Estratégico de actuación de Sistemas de Información dirigido a integrar y hacer accesible la información de carácter estratégico, corrigiendo los posibles desequilibrios producidos hasta ese momento, y, con el fin último de dotar a la organización de los mejores medios para atender a los pacientes y ciudadanos (Jiménez Cantos A.; 2005) (Figura 1).

En dicha figura se observan tres bloques de sistemas de información para dar cobertura a los ámbitos asistenciales, logísticos y de inteligencia de negocio, así como el conjunto de actividades que permiten la gestión de cada proyecto: desarrollo de aplicaciones, canales de acceso a los sistemas, infraestructuras TIC, soporte a la actividad, calidad y gestión de la continuidad de los servicios, y por último aquellas orientadas a la coordinación de la investigación e innovación como elemento de evolución de la asistencia sanitaria.

Para garantizar aspectos como la unicidad, accesibilidad, y fiabilidad de los datos, se realizó la integración de sistemas, la migración de aplicaciones aisladas hacia sistemas corporativos, la evolución de sistemas tradicionales hacia arquitecturas de aplicaciones orientadas a servicios y la implantación de nuevos canales de acceso a la información (con las necesarias garantías de privacidad) (Conselleria de Sanitat; 2010).

En este marco contextual, en todos los centros dependientes de

Figura 1. Sistemas de Información Comunidad Valenciana.



Fuente: Conselleria de Sanitat. Plan de Sistemas de Información 2009-2011.

la Conselleria de Sanitat a nivel ambulatorio es donde se integra la aplicación ABUCASIS como sistema de gestión del proceso asistencial, en toda la atención que se realice a nivel ambulatorio (atención primaria, consultas externas, inspección y salud pública), lo que ha llevado consigo una serie de cambios de organización interna a la vez que una reestructuración y adecuación en la labor asistencial de los profesionales de Atención Primaria. Asimismo, el trabajo de enfermería ha tenido que adaptarse al modelo organizativo de los servicios sanitarios de la Conselleria de Sanitat en general y de cada Departamento en particular, debiendo estar capacitada para la utilización de las herramientas disponibles para el ejercicio profesional, así como en el manejo de la historia electrónica incluida en el Sistema de Información Ambulatoria (SIA) que contiene ABUCASIS.

Entre sus aportaciones cabe destacar una base de datos multidimensional que ha permitido:

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

- La utilización de dos fuentes de datos únicas y comunes para todos los Sistemas de Información: Sistema de Información Poblacional (SIP) y Catálogo de Recursos Corporativos (CRC).
- La instauración de una historia clínica única por paciente atendido a nivel ambulatorio en la Comunidad Valenciana.
- El acceso a la historia clínica desde cualquier puesto asistencial de la red de atención ambulatoria (centros de atención primaria, consultas externas de los hospitales y centros de especialidades).
- La integración con futuros sistemas de información, así como otros sistemas ya existentes, entre ellos:
 - SIP (Sistema de Información Poblacional).
 - GAIA (Gestión de la Prestación Farmacéutica).
 - RVN (Registro de Vacunas).
- Disponer de una herramienta de trabajo que permite poner en práctica una metodología científica en la práctica diaria de la enfermería y de todos los demás profesionales sanitarios.

En su estructura debemos destacar:

- Un Módulo de Mostrador (MOS), que se basa en la gestión de agendas y citas por parte del personal administrativo para facilitar el acceso de la población a las consultas de los diferentes profesionales sanitarios mediante la cita previa. Este módulo cubre tres actividades fundamentales:
 - Configuración de agendas de los profesionales.
 - Gestión de agendas de los profesionales.

- Gestión de la cita previa.
- Un Módulo de Gestión Integral de Pacientes (GIP) cuyas principales características son:
 - Permitir gestionar de forma integral todo el proceso asistencial de la atención ambulatoria.
 - Asociar la historia clínica de cualquier usuario a su número SIP, garantizando lo que garantiza una historia única y unívoca en todo el ámbito asistencial de la Comunidad Valenciana.
 - Disponer de diferentes niveles de acceso a la historia clínica del paciente en función del perfil del usuario (administrativo, médico, enfermería, inspector, trabajador social...).
 - Obtener los indicadores de gestión correspondientes a la actividad registrada en la historia clínica electrónica a través de un Módulo de Indicadores.

En un entorno de atención de salud multidisciplinar es esencial integrar los datos de la atención de salud en los múltiples sistemas de prestación de cuidados. La posibilidad de disponer de un sistema de información sanitario integrado asistencialmente, nos permite la comunicación y el intercambio de datos entre distintos profesionales y entornos de prestación de cuidados.

Un sistema que incluye la funcionalidad de los diagnósticos enfermeros permite la planificación de los cuidados basados en la evidencia. Desde la perspectiva de la investigación y la auditoría, el uso de un registro electrónico del paciente basado en diagnósticos enfermeros significa que los datos comparativos sobre prevalencia, incidencia y vinculación con las

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

intervenciones y resultados pueden recuperarse rápida y fácilmente resultando de gran utilidad para documentar la estrategia enfermera en la atención al paciente en distintos entornos (NANDA International; 2012).

3.2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad las enfermedades crónicas constituyen la llamada “epidemia sanitaria del siglo XXI”, suponen la principal demanda sanitaria y son el mayor reto asistencial por su coste, que alcanza el 70% del presupuesto sanitario.

Los datos de España, sitúan el gasto sanitario público, incluyendo el gasto de cuidados de larga duración, en casi 75 mil millones de euros, lo que supone un 74,2% del gasto sanitario total del país, que asciende a casi 101 mil millones de euros (Sistema Nacional de Salud; 2012).

Cada vez es mayor la prevalencia de enfermedades (cáncer, trastornos cardiovasculares, dislipemia, hipertensión, etc.) que están relacionadas con hábitos inadecuados de comportamiento (Pullen C. et al.; 2001). Una vez diagnosticados como enfermos crónicos, éstos necesitan hacer un importante cambio en su estilo de vida, además, la alimentación adquiere una gran importancia para mantener una buena calidad de vida y prevenir potenciales complicaciones (Gil V. et al.; 2003). Por último, estas recomendaciones terapéuticas pueden ir acompañadas de un plan de ejercicio físico diario al que el enfermo tendrá que dedicar parte de su tiempo. Por estos motivos, el seguimiento de las prescripciones terapéuticas es fundamental para el bienestar de las personas que padecen enfermedades crónicas.

La importancia de la adherencia al plan terapéutico en pacientes crónicos, se justifica por las consecuencias negativas que el incumplimiento terapéutico está ocasionando no sólo en los propios afectados, con el consiguiente agravamiento de sus enfermedades - en la práctica diaria entre un 30 y un 50% de los pacientes diagnosticados como enfermos crónicos no siguen las recomendaciones dictadas por los profesionales sanitarios (OMS; 2003) - sino también, para sus familias, los profesionales sanitarios que los

atienden y, en general, para el propio sistema de cuidado de salud (carga financiera, inadecuado uso de los sistemas sanitarios, etc.).

Cada vez en más ocasiones el paciente mayor comparte diversas enfermedades crónicas, es tratado con múltiples fármacos y es atendido por diversos especialistas, en ocasiones, no coordinados entre sí. La consecuencia es que los actos sanitarios se incrementan de forma importante, creciendo la insatisfacción y el desconcierto de los pacientes.

Una asistencia “activa” supone que el paciente crónico sea el centro de la atención, sea conocido por todo el equipo responsable de su salud y que éste se adelante a las posibles descompensaciones para evitarlas o minimizarlas, evitando urgencias o ingresos hospitalarios, proporcionando una asistencia coordinada entre los distintos niveles asistenciales que eviten el peregrinaje del enfermo, las duplicidades, desinformación...etc. En este sentido, destaca el papel de enfermería como eje fundamental en el seguimiento de los pacientes con enfermedad crónica.

Tradicionalmente Enfermería ha trabajado en base a patologías, pero hay una serie de situaciones que rodean al padecimiento de una enfermedad, susceptibles de ser intervenidas, que inciden positivamente en el cuidado de esa enfermedad como pueden ser la educación sanitaria del paciente a través de actividades de promoción de la salud y de prevención de posibles complicaciones.

En estos momentos, Enfermería ha consolidado aspectos tan importantes como el cuidado, siendo éste el elemento diferenciador profesional y de valor añadido al sistema sanitario. El autocuidado como estrategia de intervención, la estandarización y sistematización de las actividades (planes de cuidados estandarizados, guías de práctica clínica, etc.), la evaluación del impacto de los cuidados, la implantación de prácticas basadas en la evidencia y el desarrollo de sistemas de información para la gestión de los cuidados,

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

constituyen una muestra del enfoque actual de la atención de enfermería , (Guirao Goris JA.; 2004) permitiéndonos a la vez, garantizar la calidad en la atención de enfermería basada en la evidencia, y evaluar de forma continua los servicios prestados (Conselleria de Sanitat; 2004).

Dentro de la Consulta de Enfermería, una de las áreas de mejora la constituye la priorización de los Procesos de Atención al Paciente Crónico a través de la incorporación de nuevas áreas de atención como respuesta a las necesidades emergentes, entre las que se encuentra el abordaje de la educación para la salud en la población con enfermedad crónica en el ámbito de la atención primaria. Las bases metodológicas se encuadran tanto en la calidad asistencial como en la gestión de procesos.

El Proceso de Educación para la Salud en Población con Enfermedad Crónica en el ámbito de Atención Primaria, se define como el “conjunto de actuaciones de enfermería basadas en la evidencia científica, dirigidas a la población con enfermedad crónica en las que se incluye una valoración inicial de sus conocimientos, actitudes y comportamientos en relación a su enfermedad, así como de su capacidad y compromiso para el aprendizaje al objeto de hacer un plan para conseguir su máximo nivel de autocuidado” (Conselleria de Sanitat; 2005).

El concepto de autocuidado de la salud, en este sentido, está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud.

Disponer de un lenguaje estandarizado de cuidados de enfermería (NANDA, NOC, NIC) aporta por sí mismo un criterio de calidad de cara al paciente, si además dicho lenguaje se encuentra integrado en la historia clínica informatizada, ofrece la posibilidad de “hablar” un lenguaje común enfermero

para la transmisión de la información clínica orientando de esta forma la práctica asistencial. Sin embargo, también hay opiniones en contra tanto de los lenguajes estandarizados como de la utilización de la historia informatizada, dichas opiniones se basan en la utilización automática del diagnóstico enfermero olvidando el sentido y la coherencia en su formulación así como de la pérdida de la visión enfermera, que pasa de estar centrada en el paciente a estar centrada en un monitor de ordenador disminuyendo el contacto con el paciente.

A pesar de existir una gran cantidad de bibliografía sobre la investigación de enfermería en los últimos años, existen pocos estudios que valoren, desde el punto de vista del paciente, las posibles dificultades que la historia electrónica pueda originar en su relación con el personal sanitario, por lo que es necesario realizar trabajos paralelos en nuestro medio para valorar la satisfacción y el impacto que ha tenido la informatización sobre los profesionales y sobre los pacientes.

Con este estudio se ha pretendido introducir un elemento más para valorar los cambios producidos en la atención de enfermería a los pacientes crónicos en Atención Primaria tras la informatización, con la perspectiva de conseguir una visión real que permita la puesta en marcha de las pertinentes estrategias de intervención en el caso de que fuese necesario.

La informatización de los registros ha sido una herramienta imprescindible para que los profesionales de enfermería hayan podido registrar y documentar la metodología enfermera, hecho que ha supuesto un salto cualitativo en el desarrollo profesional y que ha posibilitado el avance hacia un merecido reconocimiento social.

La utilización de la historia electrónica a través del registro sistemático de los datos de forma metodológica, permite fomentar la

3. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

investigación desde una perspectiva clínica con el objetivo último de mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

En definitiva, la informatización de la historia clínica en atención primaria ha supuesto una inversión económica muy importante, a la vez que ha permitido disponer de un sistema de información sanitario integrado asistencialmente que permite la comunicación y el intercambio de datos entre distintos profesionales y entornos de prestación de cuidados. Estos hechos unidos a los pocos estudios existentes en la literatura acerca del impacto de la informatización sobre la atención sanitaria en atención primaria, recibida por los pacientes en nuestro país (Bravo Toledo R. et al.; 2008), justifica la necesidad de evidenciar cuáles han sido los beneficios de esta intervención.



4

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS PRINCIPAL

La utilización de la historia electrónica de enfermería ha mejorado la calidad de los cuidados prestados en las consultas de enfermería de atención primaria en pacientes entre 15 y 75 años con enfermedad crónica.

HIPÓTESIS SECUNDARIAS

- La incorporación de la historia electrónica ha potenciado el uso de un lenguaje unificado de enfermería y de una metodología de trabajo homogénea mejorando la Calidad Científico-Técnica de los registros y de los cuidados en la población de estudio.
- El apoyo de una herramienta informática ha mejorado la Calidad Percibida de la población de estudio sobre la atención recibida por enfermería.

OBJETIVOS

GENERAL

- Conocer en qué medida influye la incorporación de un sistema informático, con un lenguaje unificado de enfermería y una metodología de trabajo homogénea, en los cuidados prestados en las consultas de enfermería de atención primaria a pacientes adultos, entre 15 y 75 años, con enfermedad crónica en una zona básica de salud.
- Conocer en qué medida la introducción de una herramienta informática influye en la satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos en las consultas de enfermería de atención primaria a pacientes adultos, entre 15 y 75 años, con enfermedad crónica en una zona básica de salud.

ESPECÍFICOS

- Evaluar los registros de cuidado enfermero a través del análisis de historias clínicas de los pacientes.
- Verificar que el personal de Enfermería aplica el proceso de enfermería de forma sistemática y metodológica en la población de estudio.
- Estimar la concordancia del registro informático de los datos clínico-asistenciales de proceso antes y después de la informatización.
- Identificar los cambios producidos después de la informatización.
- Conocer la opinión de la población de estudio con la atención recibida en las consultas de enfermería tras la informatización.



5

METODOLOGÍA

5.1. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo-analítico retrospectivo que contempla dos dimensiones:

- Transversal, valorando dos aspectos:
 - *Clínico-asistencial*, analizando la utilización de la metodología enfermera con los *datos clínico-asistenciales* de proceso incluidos en la historia de salud electrónica de pacientes con patología crónica, diagnosticados por enfermería con *código 00078 (Gestión ineficaz de la propia salud)* y con *código 00079 (Incumplimiento del plan terapéutico)*, que acudieron a la consulta de enfermería durante el periodo de estudio. Los criterios utilizados fueron explícitos y normativos (Tabla 2) y la revisión, interna.
 - *Percepción del paciente* con la atención recibida tras la introducción del ordenador en la consulta de enfermería. Para su valoración se realizó una encuesta telefónica a los mismos pacientes valorando seis áreas de interés (Roig Buscató C et al., 2005): utilidad, tiempo de consulta, confidencialidad, relación con su enfermera, molestias e interés en visualizar la pantalla del ordenador.
- Longitudinal retrospectivo, valorando la evolución de los registros a través de la comparación de los datos de proceso incluidos en la historia de salud electrónica de dichos pacientes respecto a su registro en la historia clínica en formato papel.

Tabla 2. Definición de criterios.

CRITERIOS	ACLARACIONES
<p>Debe constar en la historia clínica de todo paciente en el periodo de estudio, la realización de al menos una valoración en la cual aparezcan, como mínimo, aspectos básicos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción-Control de la salud. • Nutrición-Alimentación. • Actividad-Ejercicio. 	<p>Valoración: según Patrones Funcionales de Gordon, en la cual aparezcan aspectos objetivos (aquellos que se pueden medir) y, aspectos subjetivos (aquellos que el paciente dice). Se considerará criterio cumplido si aparecen valorados otros patrones funcionales diferentes a los enunciados en el criterio.</p>
<p>Debe constar en la Hª Clínica de todo paciente incluido en consulta de enfermería, la existencia de al menos un diagnóstico de enfermería o definición de problema en el periodo de estudio.</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.</p>
<p>En todo paciente con definición de problema, o diagnóstico de enfermería, debe constar al menos de un plan de actuación, o plan de cuidados personalizado en el periodo de estudio.</p>	<p>Plan de Cuidados: debe reflejar las intervenciones realizadas por enfermería, tanto en registro tradicional como informatizado.</p>

Fuente: Méndez Gallego I, et al.; 1999.

5.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El total de población de la Comunitat Valenciana, a fecha 31 de diciembre de 2009, alcanzó la cifra de 5.266.092 de habitantes, concentrando la provincia de Valencia el 51% de la población de la Comunidad Valenciana.

El Sistema Sanitario Valenciano se ordena en Departamentos de Salud (art. 22 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana), que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad. Los Departamentos de Salud son las

estructuras fundamentales del Sistema Sanitario Valenciano, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunitat Valenciana a los efectos sanitarios.

El actual mapa sanitario de la Comunitat fue aprobado por Decreto 224/2007, de 16 de noviembre, del Consell, y ha sido modificado posteriormente para la incorporación del Departamento de Manises (Resolución de 15 de abril de 2009, del Conseller de Sanitat), para la nueva denominación de los Departamentos de Salud (Resolución de 16 de abril de 2009, del Conseller de Sanitat) y para la incorporación del Departamento Elche-Crevillent (Resolución de 10 de marzo de 2010, del Conseller de Sanitat) (ANEXO II), estando actualmente integrada por 24 Departamentos de Salud (Conselleria de Sanitat; 2010) (Tabla 3).

El estudio se ha realizado en un Departamento de Salud (ANEXO III) que ofrecía cobertura sanitaria a 254234 habitantes según datos del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Conselleria de Sanitat a fecha de diciembre de 2009 y delimitaciones de mapa sanitario previstas en la Resolución de 16 de abril de 2009.

En la actualidad, desde el año 2010, la población está distribuida geográficamente en seis zonas básicas de salud básicamente urbanas. La atención sanitaria se realiza desde catorce centros sanitarios, de los que siete son centros de salud y, otros siete, consultorios auxiliares, atendiendo a un total de 207107 habitantes según datos del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Conselleria de Sanitat a fecha de junio de 2010.

Los recursos asistenciales especializados de los que se disponen en dicho Departamento son un Hospital de referencia, un Centro de Especialidades y un Hospital de Crónicos de media-larga estancia.

Tabla 3. Denominación Departamentos de Salud.

Denominación Departamentos	
Vinarós	Dénia
Castellón	Xàtiva-Ontinyent
La Plana	Alcoy
Sagunto	La Marina Baixa
Valencia-Clinico-Malvarrosa	Alicante-Sant Joan d'Alacant
Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	Elda
Valencia-La Fe	Alicante-Hospital General
Requena	Elche-Hospital General
Valencia-Hospital General	Orihuela
Valencia- Doctor Peset	Torreveja
La Ribera	Manises
Gandia	Elche-Crevillent

Fuente: Conselleria de Sanitat. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana; 2010-2013.

5.3. POBLACIÓN GENERAL

La población seleccionada para el estudio fue la zona básica de salud que más tiempo llevaba trabajando con la historia electrónica en el Departamento estudiado.

La atención sanitaria a esta población se realiza desde dos puntos asistenciales, ambos en Valencia, ofreciendo cobertura sanitaria a 45.191 habitantes según datos del Sistema de Información Poblacional a fecha de diciembre de 2009, con la siguiente distribución (ANEXO IV):

- Centro de Salud 1: 26.197 habitantes.
 - 0 a 14 años: 4.193 (16,1%).
 - 15 a 75 años: 20.099 (76,64%).

- 75 o más años: 1.905 (7,26%).
- Centro de Salud 2: 18.994 habitantes.
 - 0 a 14 años: 2.145 (12,16%).
 - 15 a 75 años: 15.184 (78,4%).
 - 75 o más años: 1665 (9,8%).

Los recursos humanos con los que cuentan se exponen a continuación:

- Centro de Salud 1:
 - Medicina de Familia: 14
 - Pediatras: 4
 - Enfermería: 12
 - Matronas: 3
 - Fisioterapeutas: 1
 - Trabajo Social: 1
 - Auxiliares de Enfermería: 4
 - Auxiliares administrativos: 9
 - Celadores: 2
- Centro de Salud 2:
 - Medicina de Familia: 11
 - Pediatras: 2

- Enfermería: 7
- Auxiliares de Enfermería: 3
- Auxiliares administrativos: 6
- Celadores: 3

Se obtuvieron los pertinentes permisos y autorizaciones para la realización del estudio, no siendo informado el personal de enfermería con la finalidad de no introducir sesgos en la información.

5.4. POBLACIÓN DIANA

La población de referencia para estudio han sido los pacientes de 15 a 75 años con enfermedad crónica, diagnosticados por enfermería con los códigos NANDA (NANDA Internacional, 2012) 00078 (*Gestión ineficaz de la propia salud*) y 00079 (*Incumplimiento del plan terapéutico*) con seguimiento en las consultas de enfermería en el periodo de estudio.

Los diagnósticos seleccionados están estrechamente relacionados con el éxito del proceso de autocuidados tanto a nivel de la promoción de la salud como a nivel conductual en el paciente con patología crónica, resultando importante el seguimiento de dichos pacientes para la valoración de los cambios que puedan haberse producido tras el proceso de informatización.

Se ha contemplado la población a partir de los 15 años por ser la edad que marca el paso de pediatría a medicina general en la Comunidad Valenciana. El límite de los 75 años viene dado por el propio concepto de persona mayor, que considera mayor a una persona cuando supera los 75 años y sus necesidades sanitarias crecen exponencialmente, según se

contempla en el Plan Integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana 2007-2011 (Conselleria de Sanitat, 2007).

Partiendo de la población diana, para el estudio longitudinal se seleccionaron aquellos pacientes que acudieron a la consulta de enfermería antes y después de la informatización de las historias de salud.

Tamaño muestral

El tamaño de la muestra para el estudio transversal de los datos clínicos-asistenciales, así como el coeficiente de elevación de la misma, se calcularon a partir de un universo de 861 pacientes mediante muestreo sistemático, ajustándose a una función de distribución normal estándar con un nivel de confianza del 95,5% y un margen de error de 4,66%, siendo $p=q$ y $n=300$.

Para el estudio de opinión de los pacientes y para el estudio longitudinal, partiendo de los 300 pacientes con historia informatizada seleccionados aleatoriamente en 2009, se identificaron un total de 159 usuarios con historia clínica en formato papel, con una selección final de 84 pacientes que fueron atendidos en la consulta de enfermería desde el año 2004 con continuidad hasta el año 2009, consiguiéndose un margen de error no superior al 10% con una confianza del 95% para el universo de la población.

Criterios de inclusión y de exclusión

Para el estudio transversal se han incluido todos los pacientes de ambos sexos, entre 15 y 75 años, atendidos en consulta de enfermería y con

diagnósticos NANDA 00078 y 00079. Se excluyeron de la muestra los pacientes con edad inferior o superior a la detallada y los no diagnosticados con los códigos estudiados.

Para el estudio de opinión de los pacientes y para el estudio longitudinal se han incluido los mismos pacientes que en 2004 ya eran atendidos en las consultas de enfermería por patología crónica. Se excluyeron de la muestra aquellos pacientes en los que, pese a tener historia abierta en el año 2004, no fueron atendidos en la consulta de enfermería.

5.5. PERIODO DE ESTUDIO

Los datos clínico-asistenciales se obtuvieron durante el año 2010, correspondiendo a dos periodos de tiempo:

- Enero de 2009 a diciembre de 2009 (después de la informatización de las historias de salud).
- Enero de 2004 a diciembre de 2004 (antes de la informatización de las historias de salud).

Los datos de opinión se obtuvieron a lo largo del segundo trimestre del año 2011, valorándose la atención antes-después de la informatización.

5.6. FUENTES DE INFORMACIÓN Y ACCESO

La *obtención de la información* se realizó en dos fases:

1. Datos de proceso clínico-asistenciales incluidos en la historia electrónica de 300 pacientes con patología crónica, diagnosticados por el personal de enfermería con código 00078 (*Gestión ineficaz de la propia salud*) y con código 00079 (*Incumplimiento del plan terapéutico*), que acudieron a la consulta de enfermería durante el año 2009.
2. Datos de proceso clínico-asistenciales, incluidos en la historia en formato papel, y datos de opinión, a través del pase de una encuesta telefónica de los mismos pacientes que además de ser atendidos en las consultas de crónicos en el año 2009, fueron atendidos en dichas consultas en el año 2004, resultando un total de 84.

El acceso a los datos clínico-asistenciales procedentes de la historia electrónica se realizó a través de la opción *Consulta de Indicadores* obtenidos de la aplicación ABUCASIS, módulo Datamart, seleccionándose los *Indicadores de Morbilidad*, prevalencia e incidencia, de los diagnósticos de enfermería seleccionados. De la opción *Consulta de Pacientes* se obtuvieron los listados de pacientes.

Los parámetros de filtrado han sido los siguientes:

- NANDA: 00078, 00079.
- Fecha: Enero a Diciembre 2.009.
- Rango de edad: 15 a 75 años.
- Sexo: ambos.
- Población: asignada.
- Departamento: 7.

- Zona básica de salud: 11.
- Centros: 241 y 308.
- Servicio: Enfermería.
- Nivel desglose: zona básica de salud.

Una vez obtenidos los listados de pacientes filtrados, la recogida de la información se realizó de tres formas:

- A través de la opción *Revisión de historia* de la historia electrónica de enfermería incluida en el Sistema de Información Ambulatoria de ABUCASIS.
- A través de la HSAP en formato papel archivada en los centros asistenciales.
- A través del análisis del Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria (SIGAP) de los diferentes registros de actividad recogidos de forma manual y en papel, comparándolos con los registros electrónicos actuales que permite ABUCASIS.

El acceso a la historia del paciente, tras la solicitud y autorización de los permisos pertinentes por parte de la Oficina de ABUCASIS de la Conselleria de Sanitat, de la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente y de la Dirección de Atención Primaria del Departamento de Salud, se realizó atendiendo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la Ley 14/1986, General de Sanidad, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos y deberes de los pacientes, de la Generalitat Valenciana, y demás normas de aplicación que obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de

carácter clínico asistencial de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato.

Para la obtención de *los datos de opinión*, se solicitó la autorización a la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente de la Conselleria de Sanitat para realizar el pase de una encuesta telefónica a los pacientes atendidos en la consulta de enfermería en el periodo de estudio (ANEXO V). Dicha encuesta fue validada y utilizada previamente en el año 2004 en Cataluña, tras la informatización de las consultas de atención primaria en junio de 2003, con una muestra de 386 pacientes, del total de los que acudieron a la consulta de enfermería en el CS de Santa Eugènia de Berga (Barcelona), y los consultorios complementarios de Santa Eugènia, Taradell, Folgueroles, Sant Julià de Vilatorca, Calldetenes y Viladrau (Roig Buscató C et al., 2005).

El procedimiento seguido fue el fraccionamiento de las 84 llamadas telefónicas a lo largo de 12 semanas con arreglo a la siguiente distribución:

- 1ª y 7ª semana: lunes por la tarde.
- 2ª y 8ª semana: martes por la tarde.
- 3ª y 9ª semana: miércoles por la tarde.
- 4ª y 10ª semana: jueves por la tarde.
- 5ª y 11ª semana: viernes por la tarde.
- 6ª y 12ª semana: sábado por la mañana.

5.7. VARIABLES

- Variables relacionadas con los datos clínico-asistenciales:

1. Datos sociodemográficos: edad y sexo.
2. Tipo de patología crónica (CIE-9).
3. Datos de morbilidad de los diagnósticos seleccionados.
4. Datos del Proceso de Enfermería:
 - Valoración de los patrones funcionales más vinculados con los estilos de vida modificables. Estos patrones son:
 - Patrón 1: Percepción/Manejo de la salud.
 - Patrón 2: Nutricional/Metabólico.
 - Patrón 4: Actividad/Ejercicio.
 - Diagnósticos NANDA activos.
 - Plan de cuidados: intervenciones NIC y actividades.
- Variables relacionadas con los datos de opinión respecto a la introducción del ordenador en la consulta:
 1. Molestia.
 2. Utilidad.
 3. Interés en visualizar la pantalla del ordenador.
 4. Relación con su enfermera.
 5. Tiempo de consulta.
 6. Confidencialidad.

5.8. REGISTRO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se archivaron en tablas Excel multiaxiales de recogida de datos donde se crearon campos para la identificación ordinal del paciente. La estructura de las tablas fue diferente según el tipo de datos a valorar.

El proceso de análisis incluyó la codificación de respuestas, la tabulación de los datos y el tratamiento estadístico de los mismos.

Los datos incluidos en la *historia del paciente* se estructuraron en seis ejes:

1. Datos sociodemográficos: edad y sexo.
2. Tipo de patología crónica (CIE-9).
3. Número de contactos de enfermería.
4. Patrones funcionales valorados.
5. Diagnósticos NANDA activos.
6. Plan de cuidados: intervenciones NIC y actividades.

Posteriormente se constató la presencia o ausencia en la Historia Tradicional y en la Historia Electrónica de forma comparativa antes/después de la informatización, con la finalidad de realizar una descripción precisa de los resultados referentes a la metodología utilizada por el personal de enfermería en el proceso de atención a los pacientes de la zona básica estudiada, específicamente en los diagnósticos con código 00078 y 00079.

Los datos procedentes de la *encuesta de opinión* se clasificaron en seis apartados:

1. Opinión sobre si molesta o no el ordenador.

2. Opinión sobre la utilidad.
3. Opinión sobre el interés por visualizar la pantalla del ordenador.
4. Opinión sobre los cambios en la relación con su enfermera.
5. Opinión sobre el tiempo de consulta.
6. Opinión sobre la confidencialidad.

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico R (R: A Language and Environment for Statistical Computing, <http://www.R-project.org>), llevándose a cabo un análisis descriptivo y un análisis inferencial de comparación de proporciones.

En el análisis descriptivo también se han incluido intervalos de confianza al 95% para proporciones, calculados utilizando probabilidades binomiales.

Para la comparación de proporciones se utilizó el test Ji-cuadrado de independencia con la corrección para continuidad de Yates, el test de McNemar para observaciones dicotómicas emparejadas y el coeficiente de concordancia Kappa.



6

RESULTADOS

6.1. RESULTADOS DEL ESTUDIO TRANSVERSAL

6.1.1. MORBILIDAD

Los resultados de morbilidad obtenidos en función de las consultas realizadas durante el periodo de estudio, son (Figuras 3 y 4):

▪ CÓDIGO 00078: GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

▪ Zona Básica de Salud:

- Prevalencia (diciembre de 2009): 0,51% (178 pacientes):
 - Centro de Salud 1: 0,73% (132 pacientes).
 - Centro de Salud 2: 0,33% (46 pacientes).
- Incidencia en el periodo de estudio: 0,09% (33 pacientes):
 - Centro de Salud 1: 0,14% (26 pacientes).
 - Centro de Salud 2: 0,04% (7 pacientes).

▪ Departamento de Salud:

- Prevalencia (diciembre de 2009): 0,52% (818 pacientes).
- Incidencia en el periodo de estudio: 0,08% (134 pacientes).

▪ CÓDIGO 00079: INCUMPLIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO

▪ Zona Básica de Salud:

- Prevalencia (diciembre de 2009): 1,95% (683 pacientes):
 - Centro de Salud 1: 3,50% (648 pacientes).
 - Centro de Salud 2: 0,18% (35 pacientes).

- Incidencia en el periodo de estudio: 1,18% (417 pacientes):
 - Centro de Salud 1: 2,14% (399 pacientes).
 - Centro de Salud 2: 0,08% (18 pacientes).
- Departamento de Salud:
 - Prevalencia (diciembre de 2009): 0,72% (1141 pacientes).
 - Incidencia en el periodo de estudio: 0,34% (534 pacientes).

Figura 3. Incidencia y prevalencia. Código 00078.

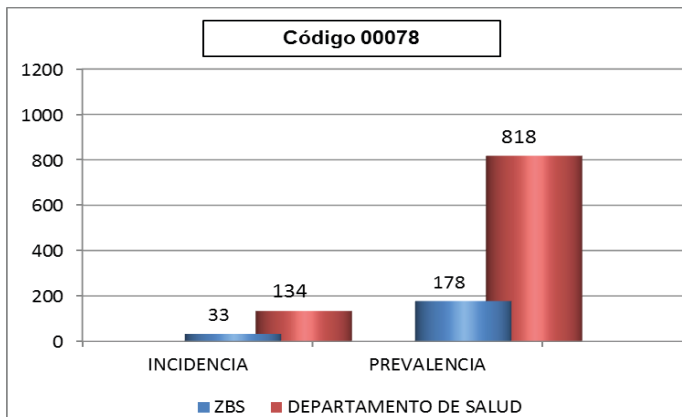
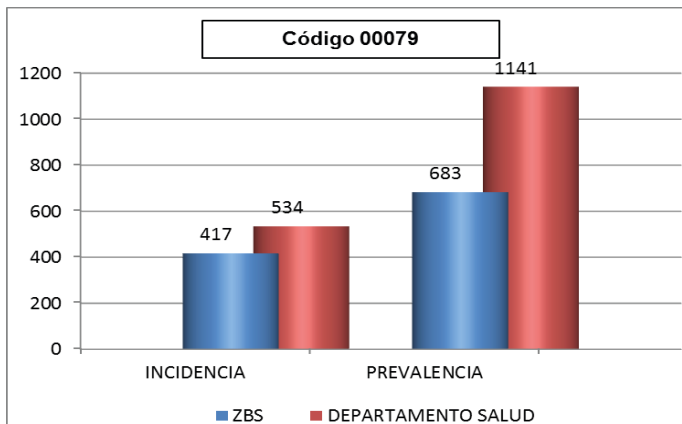


Figura 4. Incidencia y prevalencia. Código 00079.



En el diagnóstico 00078 *Gestión ineficaz de la propia salud*, la prevalencia representa un 21,7% de la prevalencia global del Departamento y la incidencia, un 24,6%. En el diagnóstico 00079 *Incumplimiento del plan terapéutico* aparece una prevalencia muy elevada, de forma que el 59% de los pacientes con este diagnóstico en el Departamento, pertenecen a la zona básica de salud estudiada. Respecto a los nuevos casos, ocurre lo mismo, un 78% pertenece a esta zona básica de salud.

6.1.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS: EDAD Y SEXO

Los datos obtenidos sobre grupos de edad y sexo durante el periodo de estudio, son (Figuras 5 y 6):

CÓDIGO 00078: GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

- Tamaño de la muestra: 62 pacientes:
 - Centro de Salud 1: 46.
 - Centro de Salud 2: 16.
- Edad media de 61 años, moda de 57, mediana de 62 y desviación típica de 9 (rango de 15 a 75 años).
- La distribución por sexo fue: un 50% hombres y un 50% mujeres.
- Los grupos de edad y sexo fueron (Figura 5):
 - 15 a 24 años: 0%.
 - 25 a 34 años: 3,2% (0 hombres y 2 mujeres).
 - 35 a 44 años: 0%.
 - 45 a 54 años: 14,5% (5 hombres y 4 mujeres).

-55 a 75 años: 82,3% (26 hombres y 25 mujeres).

CÓDIGO 00079: INCUMPLIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO

- Tamaño de la muestra: 238 pacientes:
 - Centro de Salud 1: 221.
 - Centro de Salud 2: 17.
- Edad media de 55 años, moda de 64, mediana de 61 y desviación típica de 16 (rango de 15 a 75 años).
- La distribución por sexo fue: un 50,4% hombres y un 49,6% mujeres.
- Los grupos de edad y sexo fueron (Figura 6)
 - 15 a 24 años: 5,7% (5 hombres y 9 mujeres).
 - 25 a 34 años: 8,3% (3 hombres y 17 mujeres).
 - 35 a 44 años: 11,7% (18 hombres y 10 mujeres).
 - 45 a 54 años: 12,1% (16 hombres y 13 mujeres).
 - 55 a 75 años: 62,2% (78 hombres y 69 mujeres).

Figura 5. Distribución por grupos de edad y sexo. Código 00078.

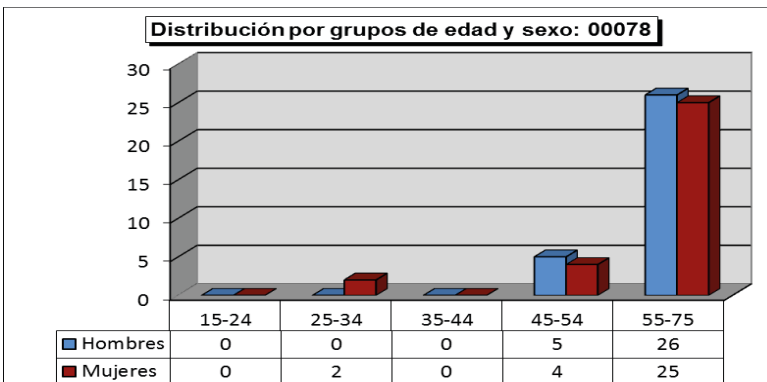
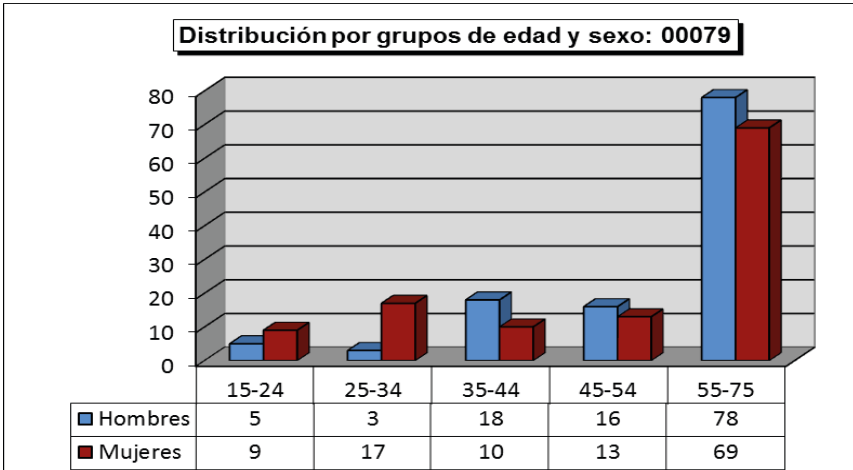


Figura 6. Distribución por grupos de edad y sexo. Código 00079.



6.1.3. PATOLOGÍAS CRÓNICAS MÁS FRECUENTES

A la vista de los resultados obtenidos, las patologías más frecuentes en el paciente crónico son (Figura 7):

CÓDIGO 00078: GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

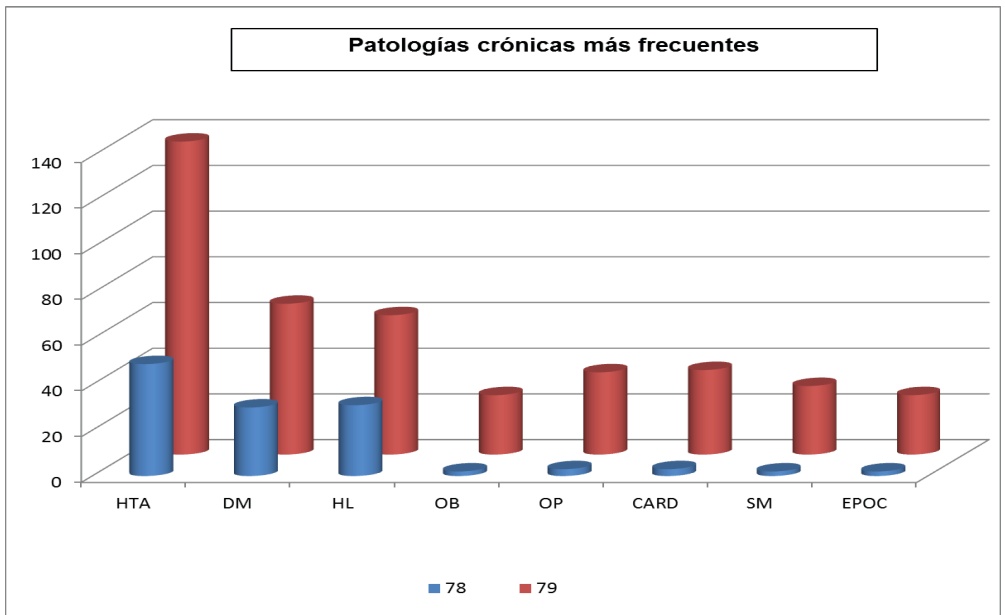
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL (CIE-9: 401): 49.
- HIPERLIPEMIA (CIE-9: 272): 31.
- DIABETES MELLITUS (CIE-9: 250): 30.
- ICTUS (CIE-9: 431, 434, 435, 436, 437): 5.
- OSTEOPOROSIS (CIE-9: 733): 3.
- CARDIOPATÍA (CIE-9: 402, 413, 414): 3.
- EPOC (CIE-9: 416): 2.

- OTROS: 7.

CÓDIGO 00079: INCUMPLIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO

- HIPERTENSIÓN ARTERIAL (CIE-9: 401): 137.
- DIABETES MELLITUS (CIE-9: 250): 66.
- HIPERLIPEMIA (CIE-9: 272): 61.
- CARDIOPATÍA (CIE-9: 402, 413, 414): 37.
- OSTEOPOROSIS (CIE-9: 733): 36.
- OBESIDAD (CIE-9: 278): 26.
- EPOC (CIE-9: 416): 34.
- OTROS: 38.

Figura 7. Distribución de patologías crónicas con código diagnóstico CIE-9.



6.1.4. PROCESO ENFERMERO

6.1.4.1. VALORACIÓN REALIZADA

Los patrones estudiados han sido los más vinculados con los estilos de vida modificables. Estos patrones son:

- Patrón 1: Percepción/Manejo de la salud.
- Patrón 2: Nutricional/Metabólico.
- Patrón 4: Actividad/Ejercicio.

CÓDIGO 00078: GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

La valoración global realizada en los 62 pacientes de la muestra, en cada patrón ha sido:

- Percepción/manejo de la salud: 25.
- Nutricional/metabólico 49.
- Actividad/ejercicio: 46.

La valoración realizada en cada *grupo de edad*, ha sido (Figura 8):

-15 a 24 años: no se ha realizado valoración por patrones.

-25 a 34 años:

Percepción/Manejo de la salud: 2.

Nutricional/Metabólico: 2.

Actividad/Ejercicio 2.

-35 a 44 años: no se ha realizado valoración por patrones.

-45 a 54 años:

Percepción/Manejo de la salud: 5.

Nutricional/Metabólico: 8.

Actividad/Ejercicio 6.

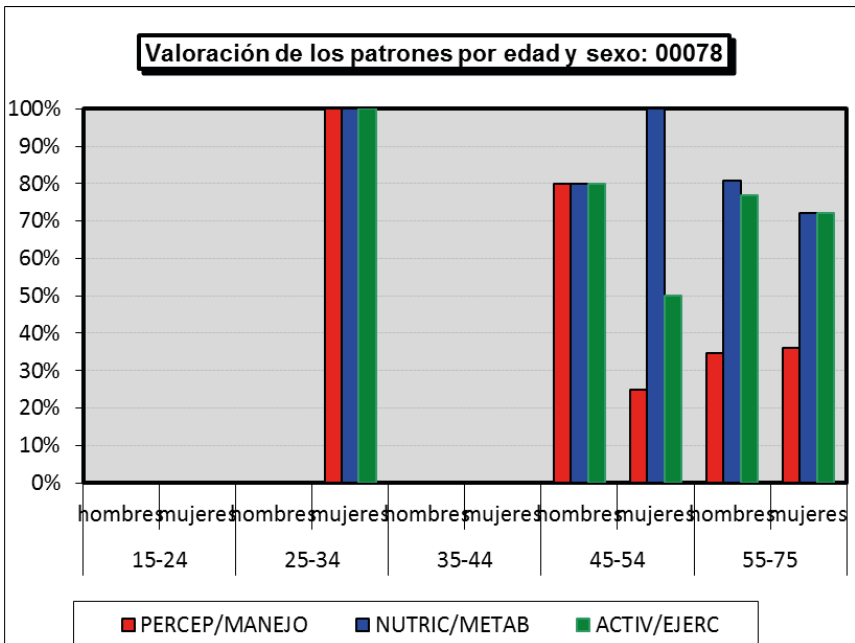
-55 a 75 años:

Percepción/Manejo de la salud: 18.

Nutricional/Metabólico: 39.

Actividad/Ejercicio: 38.

Figura 8. Valoración de los patrones por edad y sexo. Código 00078



CÓDIGO 00079: INCUMPLIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO

La valoración global realizada en los 238 pacientes de la muestra, en cada patrón ha sido:

- Percepción/manejo de la salud: 97.
- Nutricional/metabólico: 141.
- Actividad/ejercicio: 128.

La valoración realizada en cada *grupo de edad*, ha sido (Figura 9):

-15 a 24 años: no se ha realizado valoración por patrones.

-25 a 34 años:

Percepción/Manejo de la salud: 2.

Nutricional/Metabólico: 2.

Actividad/Ejercicio 2

-35 a 44 años: no se ha realizado valoración por patrones.

-45 a 54 años:

Percepción/Manejo de la salud: 5.

Nutricional/Metabólico: 8.

Actividad/Ejercicio 6.

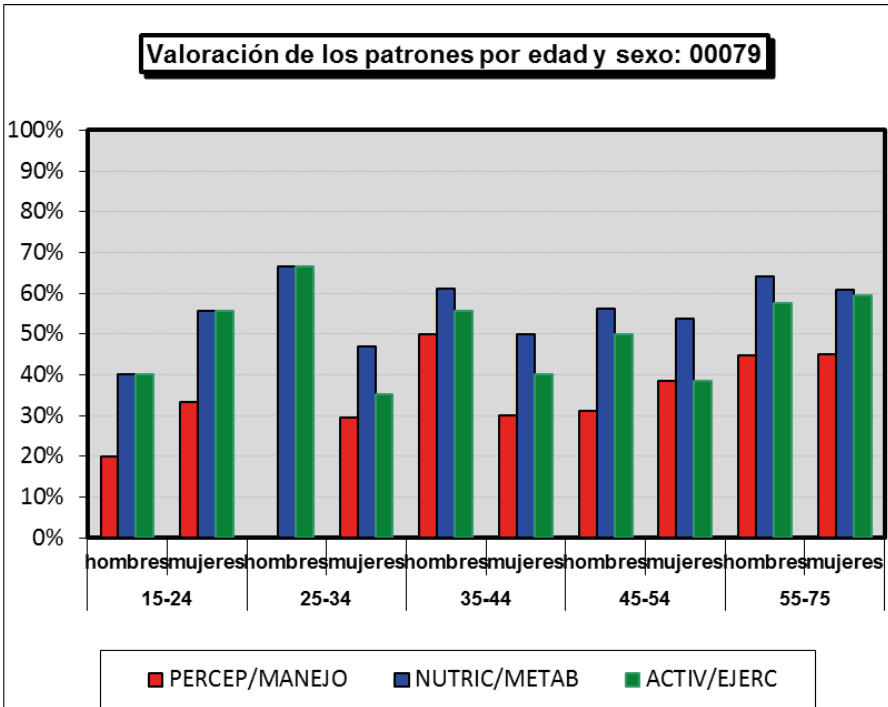
-55 a 75 años:

Percepción/Manejo de la salud: 18.

Nutricional/Metabólico: 39.

Actividad/Ejercicio: 38.

Figura 9. Distribución de patrones por edad y sexo. Código 00079.



En general, en ambos códigos y para ambos sexos, el patrón más valorado ha sido el Nutricional-Metabólico, seguido del patrón de Actividad-Ejercicio y por último el patrón de Percepción-Control de la Salud.

6.1.4.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ASOCIADOS

En ambos diagnósticos de enfermería aparecen los siguientes diagnósticos asociados (Figura 10):

00001: Desequilibrio nutricional por exceso.

00027: Déficit de volumen de líquidos.

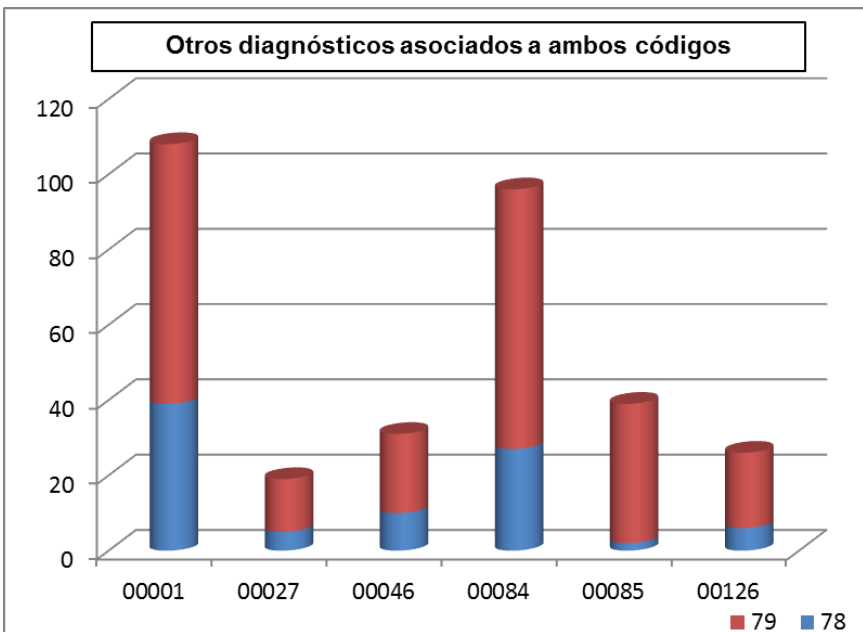
00046: Deterioro de la integridad física.

00084: Conductas generadoras de salud.

00085: Deterioro de la movilidad física.

00126: Conocimientos deficientes sobre la dieta y el tratamiento.

Figura 10. Otros diagnósticos de enfermería asociados a ambos códigos.

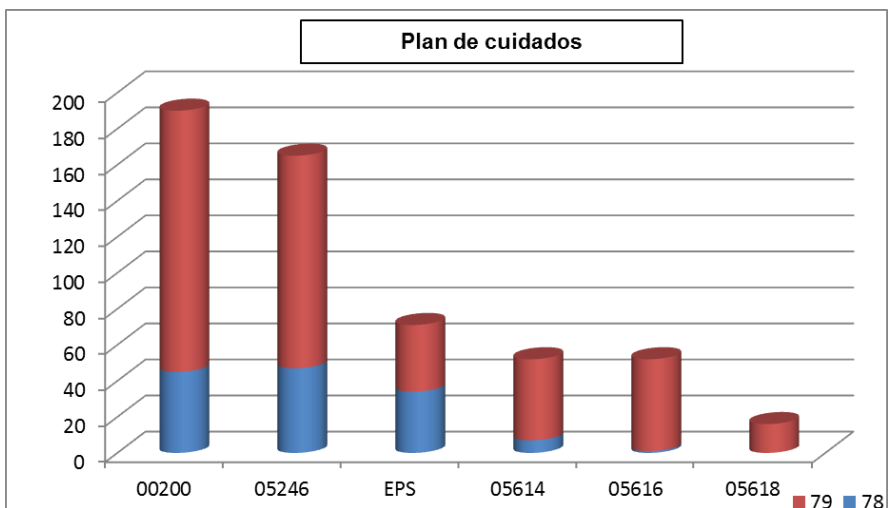


6.1.4.3. PLAN DE CUIDADOS

Las intervenciones más significativas que se han registrado en los periodos estudiados, ordenadas según su frecuencia de aparición, son las siguientes (Figura 11):

- *0200. Fomento del ejercicio.* Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.
- *05246. Asesoramiento nutricional.* Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.
- *Intervenciones de Educación para la salud (EPS).*
- *05614. Enseñanza de la dieta prescrita.* Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.
- *05616. Enseñanza de los medicamentos prescritos.* Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.
- *05618. Enseñanza del procedimiento del tratamiento.* Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Figura 11. Intervenciones más significativas.



Otras intervenciones llevadas a cabo son:

- *01100. Manejo de la nutrición.* Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.
- *01260. Manejo del peso.* Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.
- *01280. Ayuda para disminuir el peso.* Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.
- *01400. Manejo del dolor.* Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
- *01800. Ayuda al autocuidado.* Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.
- *02100. Manejo de la hiperglucemia.* Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.
- *04360. Modificación de la conducta.* Promoción de un cambio de conducta.
- *04490. Ayuda para dejar de fumar.* Ayudar a un paciente para que deje de fumar.
- *04920. Escucha activa.* Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.
- *05250. Apoyo en la toma de decisiones.* Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.
- *05510. Educación sanitaria.* Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de

la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos y comunidades.

- *05602. Enseñanza del proceso de la enfermedad.* Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.
- *05606. Enseñanza individual.* Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.
- *06610. Identificación de riesgos.* Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

6.1.5. OPINIÓN DEL PACIENTE

Para valorar la opinión de estos pacientes con la atención recibida tras la introducción del ordenador en la consulta de enfermería se pasó una encuesta telefónica donde se valoraron, de forma anónima, seis áreas de interés (Roig Buscató C et al.; 2005):

- Pregunta 1 (P1). Molestias: *¿Le molesta el ordenador en la consulta?*
- Pregunta 2 (P2). Utilidad: *¿Cree que el ordenador es útil para su enfermera/o?*
- Pregunta 3 (P3). Interés en visualizar la pantalla del ordenador: *¿Estaría usted interesado/a en ver la pantalla del ordenador mientras está siendo atendido/a?*
- Pregunta 4 (P4). Relación con Enfermería. *¿Cree usted que el ordenador ha cambiado la relación con su enfermera/o?*
- Pregunta 5 (P5). Tiempo de consulta *¿Cree usted que el ordenador ha aumentado la duración de la visita?*
- Pregunta 6 (P6). Confidencialidad: *¿Cree usted que puede hacer perder la confidencialidad de la información?*

La encuesta se realizó de forma telefónica durante el segundo trimestre del año 2011, obteniéndose un total de 84 respuestas (Tabla 4, Figura 12).

Del total de los pacientes encuestados, un 56% fueron hombres y un 44% mujeres. La edad media fue de 60 años en mujeres y de 61 años en hombres (Figura 13).

Tabla 4. Total de respuestas obtenidas.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
SÍ	10	70	39	24	48	11
NO	65	8	36	51	29	64
NO CONTESTA	9	6	9	9	7	9

Figura 12. Total de respuestas obtenidas.

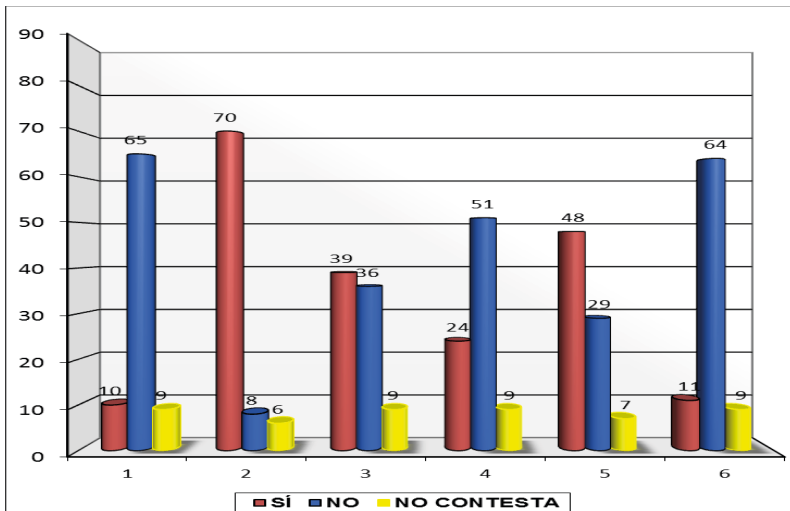
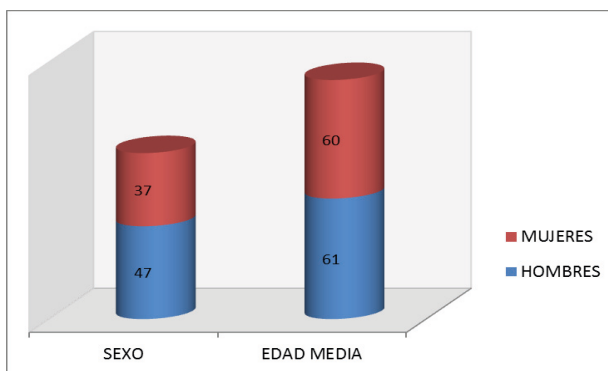


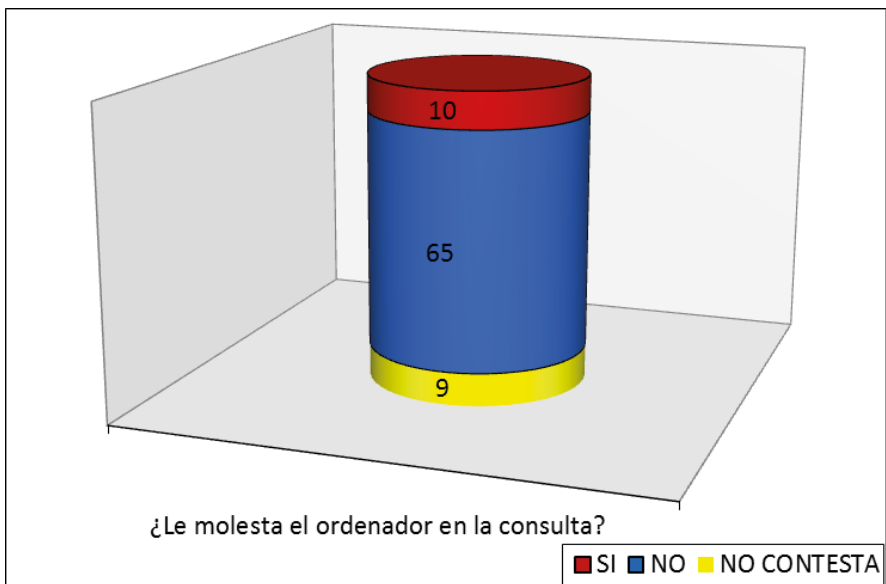
Figura 13. Edad y sexo.



- Pregunta 1. *¿Le molesta el ordenador en la consulta?* (Figura 14).

Un 12% manifestó molestarle el ordenador en la consulta y un 11% no contestó a la pregunta. El 77% restante no percibía molestias por tener el ordenador en la consulta.

Figura 14. *¿Le molesta el ordenador en la consulta?*



- Pregunta 2. *¿Cree que el ordenador es útil para su enfermera/o?* (Figura 15).

Un 83% creyó útil el ordenador en la consulta y un 7,5% no contestó a la pregunta. El 9,5% restante no encontró útil el ordenador para su enfermera.

- Pregunta 3. *¿Estaría usted interesado/a en ver la pantalla del ordenador mientras está siendo atendido/a?* (Figura 16).

Un 46% estaría interesado en ver la pantalla del ordenador mientras

es atendido mientras que para un 42% no suscita interés la visualización de la pantalla. El 12% no contestó.

Figura 15. ¿Cree que el ordenador es útil para su enfermera/o?

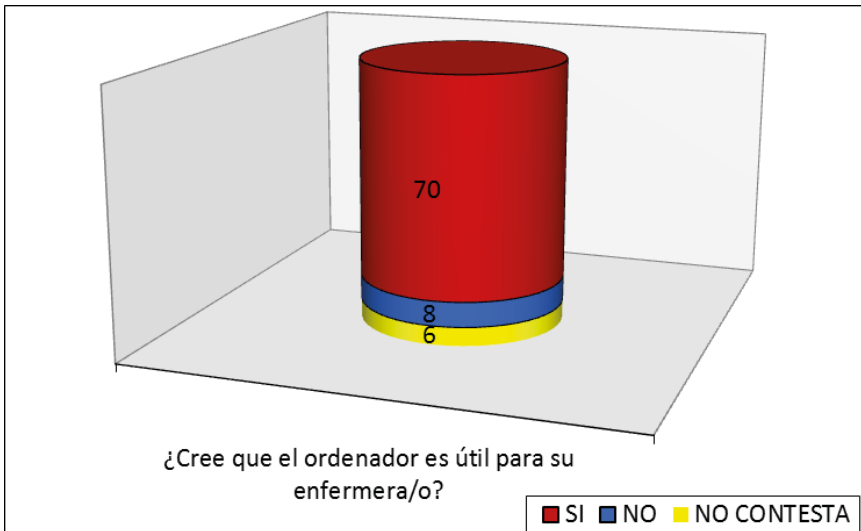
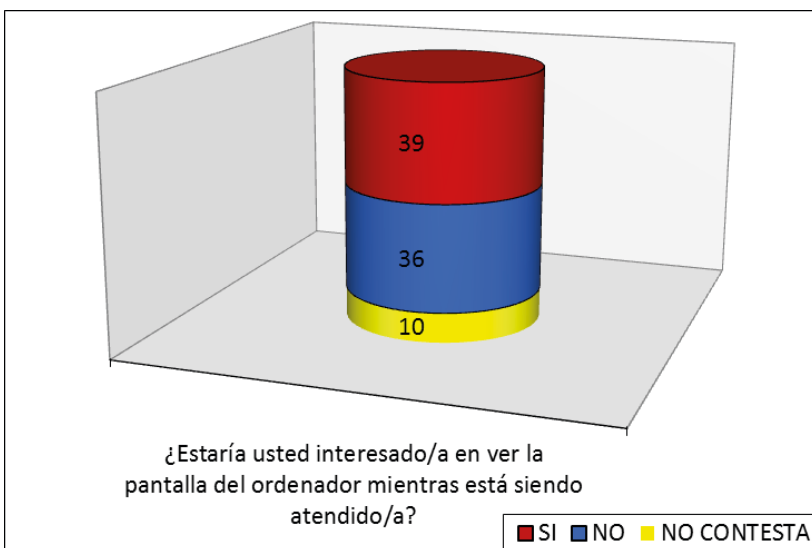


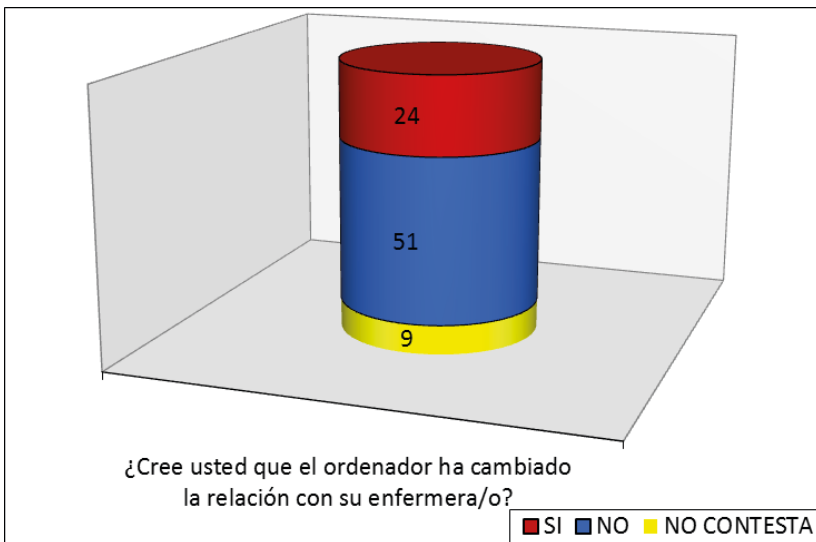
Figura 16. ¿Estaría usted interesado/a en ver la pantalla del ordenador mientras está siendo atendido/a?



- Pregunta 4. *¿Cree usted que el ordenador ha cambiado la relación con su enfermera/o?* (Figura 17).

Un 28,5% cree que el ordenador ha cambiado la relación con su enfermera y un 60,5% cree que no. El 11% no contesta a la pregunta.

Figura 17. *¿Cree usted que el ordenador ha cambiado la relación con su enfermera/o?*



- Pregunta 5. *¿Cree usted que el ordenador ha aumentado la duración de la visita?* (Figura 18).

Un 57% cree que el ordenador ha aumentado la duración de la visita y un 34,5% cree que no. El 8,5% no contesta a la pregunta.

- Pregunta 6. *¿Cree usted que puede hacer perder la confidencialidad de la información?* (Figura 19).

Un 13% cree que puede hacer perder la confidencialidad de la información y un 76% cree que no. El 11% no contesta a la pregunta.

Figura 18. ¿Cree usted que el ordenador ha aumentado la duración de la visita?

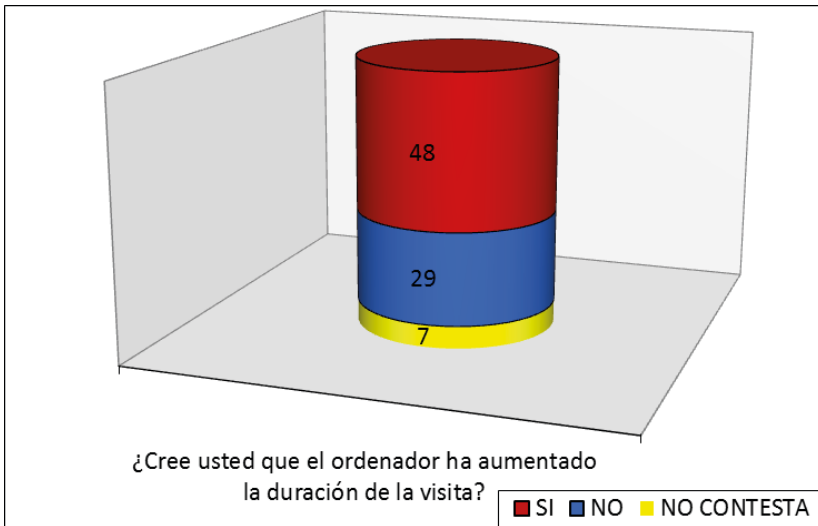
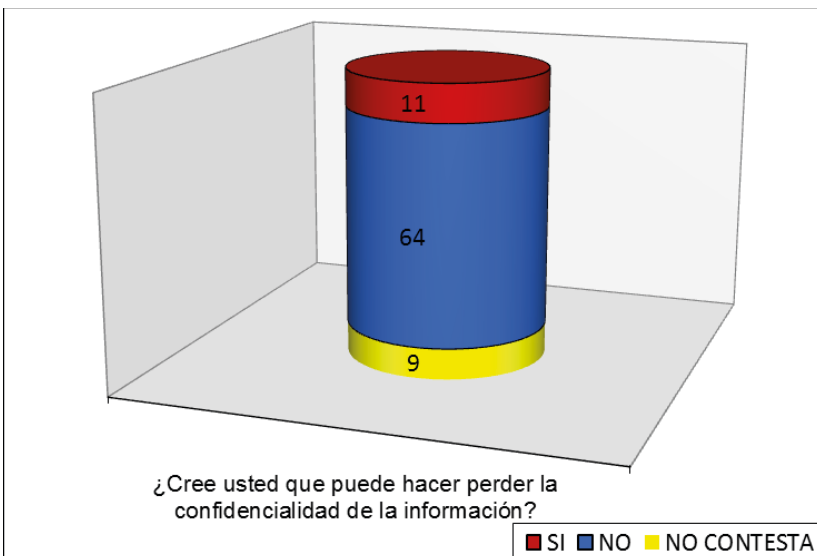


Figura 19. ¿Cree usted que puede hacer perder la confidencialidad de la información?



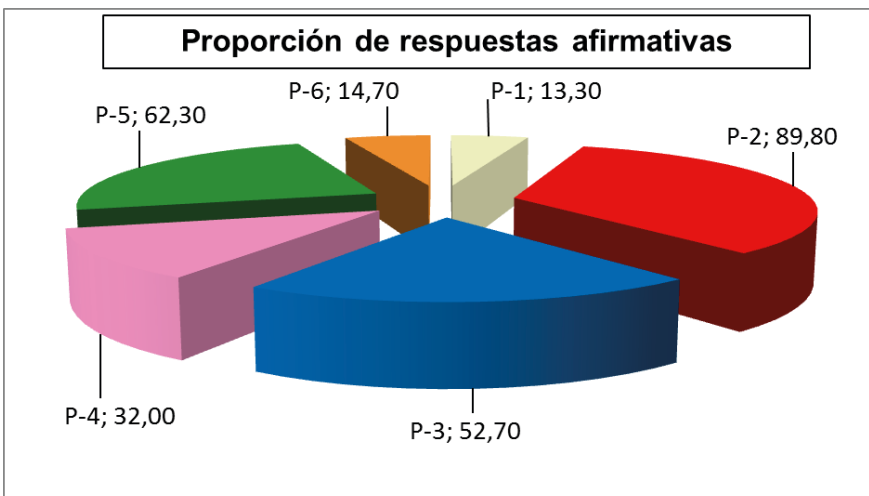
6. RESULTADOS

La extrapolación de los resultados observados en la muestra a toda la población, se resume en la Tabla 5. En ella se muestra, para cada una de las preguntas, el estimador puntual sobre el porcentaje de respuestas afirmativas en la población, y su intervalo de confianza al 95%, intervalo calculado utilizando probabilidades binomiales.

Tabla 5. Proporción e intervalo de confianza por pregunta.

	PROPORCIÓN	INTERVALO DE CONFIANZA
PREGUNTA 1		
SI	13,3%	6,6% - 23,2%
PREGUNTA 2		
SI	89,8	80,8% - 95,5%
PREGUNTA 3		
SI	52,7%	40,8% - 64,4%
PREGUNTA 4		
SI	32%	21,7% - 43,8%
PREGUNTA 5		
SI	62,3%	50,6% - 73,1%
PREGUNTA 6		
SI	14,7%	7,6% - 24,7%

Figura 20. Proporción de respuestas afirmativas.



En general, el dato más llamativo es la percepción de que el uso del ordenador aumenta la duración de la consulta aunque la relación enfermera-paciente no se ve afectada. El paciente no ha percibido cambios importantes en la relación y atención con su enfermera.

6.2. RESULTADOS DEL ESTUDIO LONGITUDINAL

6.2.1. REGISTRO DE LAS VARIABLES EN 2004 Y EN 2009

Utilizando un nivel de confianza del 95%, la estimación puntual y por intervalos de los porcentajes de coincidencia de los registros en 2004 y en 2009, considerados por separado respecto a la presencia/ausencia de patologías (CIE-9), la valoración de patrones funcionales, la presencia/ausencia de diagnósticos de enfermería (NANDA) y el plan de cuidados seguido (NIC), se refleja en las Tablas 6, 7, 8 y 9 respectivamente.

En general, en 2009 la proporción de patologías crónicas presentes es más elevada que en 2004 (Figura 21).

Tabla 6. Patologías existentes (CIE-9).

	DIAGNÓSTICOS CIE-9							
	HTA	DM	HL	OB	OP	CARD	SM	EPOC
	2004							
SI	41	27	27	8	5	2	5	4
NO	43	57	57	76	79	82	79	80
Porcentaje SI	48.8%	32.1%	32.1%	9.5%	6.0%	2.4%	6.0%	4.8%
Int. Confianza 95%	37.8, 59.9	22.6, 43.3	22.6, 43.3	4.5, 18.4	2.2, 14.0	0.4, 9.1	2.2, 14.0	1.5, 12.4
	2009							
SI	60	33	26	7	8	13	11	6
NO	24	51	58	77	76	71	73	78
Porcentaje SI	71.4%	39.3%	31.0%	8.3%	9.5%	15.5%	13.1%	7.1%
Int. Confianza 95%	60.4, 80.5	29.0, 50.6	21.6, 42.1	3.7, 17.0	4.5, 18.4	8.8, 25.4	7.0, 22.6	2.9, 15.5

HTA: Hipertensión Arterial | DM: Diabetes Mellitus | HL: Hiperlipidemias | OB: Obesidad | OP: Osteoporosis | CARD: Problemas Cardiológicos | SM: Salud Mental | EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Figura 21. Comparación de proporciones de patologías crónicas 2004-2009.

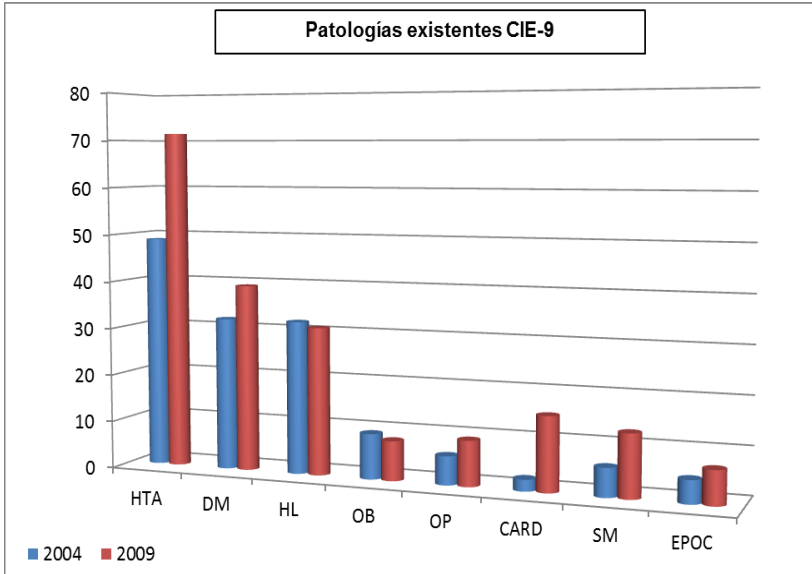


Tabla 7. Patrones funcionales valorados.

	PATRONES FUNCIONALES		
	P-MS	N-M	A-E
	2004		
SI	12	26	12
NO	75	58	12
Porcentaje SI	14.3%	31.0%	14.3%
Int. Confianza 95%	7.9, 24.0	21.6, 42.1	7.9, 24.0
	2009		
SI	36	55	51
NO	48	29	33
Porcentaje SI	42.9%	65.5%	60.7%
Int. Confianza 95%	32.3, 54.1	54.2, 75.3	49.4, 71.0

P-MS: Percepción-Manejo de la Salud | N-M: Nutricional-Metabólico | A-E: Actividad-Ejercicio

Se observa un aumento importante de la valoración de los tres patrones en 2009 respecto a 2004 (Figura 22).

Figura 22. Comparación de proporciones de patrones valorados 2004-2009.

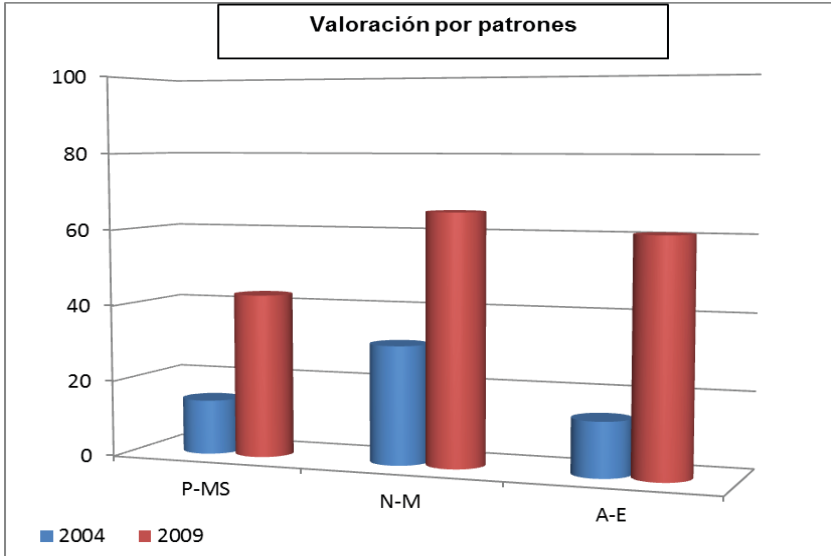


Tabla 8. Diagnósticos de Enfermería NANDA.

	DIAGNÓSTICOS NANDA					
	00001	00027	00046	00084	00085	00126
	2004					
SI	1	0	0	0	0	0
NO	83	84	84	84	84	84
Porcentaje SI	1.2%	0%	0%	0%	0%	0%
Int. Confianza 95%	0.1, 7.4	0, 5.4	0, 5.4	0, 5.4	0, 5.4	0, 5.4
	2009					
SI	34	6	3	31	10	8
NO	50	78	81	53	74	76
Porcentaje SI	40.5%	7.1%	3.6%	36.9%	11.9%	9.5%
Int. Confianza 95%	30.1, 51.8	2.9, 15.5	0.9, 10.8	26.8, 48.2	6.2, 21.2	4.5, 18.4

00001. Desequilibrio nutricional por exceso | 00027: Déficit de volumen de líquidos | 00046: Deterioro de la integridad física | 00084: Conductas generadoras de salud | 00085: Deterioro de la movilidad física | 00126: Conocimientos deficientes sobre la dieta y el tratamiento.

6. RESULTADOS

En 2004 la proporción de Diagnósticos NANDA es nula. La distribución de los diagnósticos en 2009 se muestra en el Figura 23.

Figura 23. Comparación de proporciones de Diagnósticos NANDA 2004-2009.

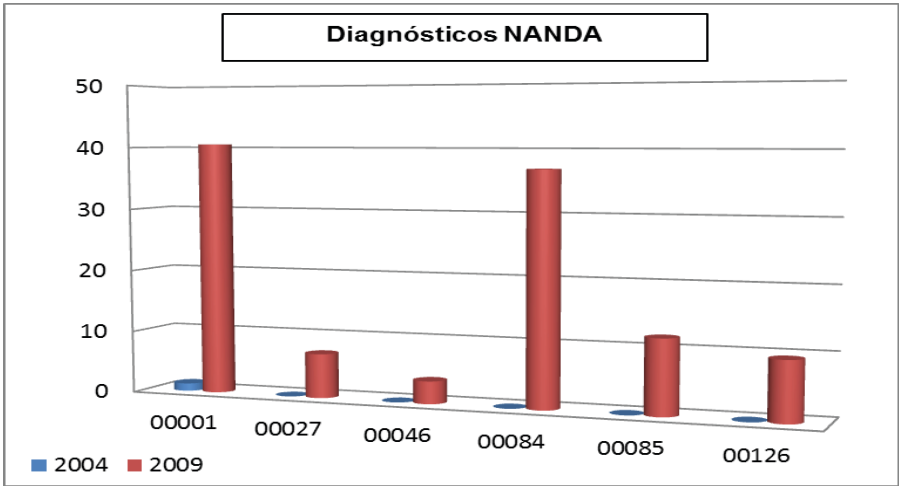


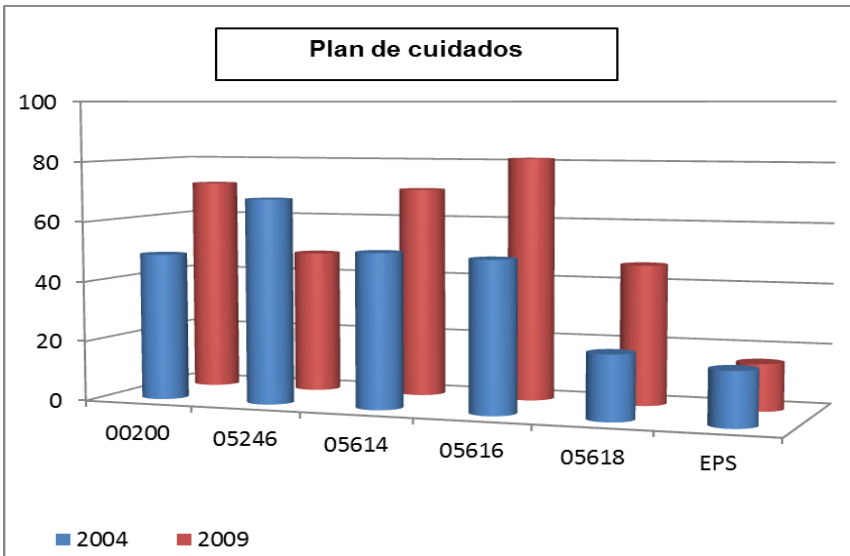
Tabla 9. Plan de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS						
	00200	05246	05614	05616	05618	EPS
2004						
SI	41	57	43	42	18	15
NO	43	27	41	42	66	69
Porcentaje SI	48.8%	67.9%	51.2%	50%	21.4%	17.9%
Int. Confianza 95%	37.8, 59.9	56.7, 77.4	40.1, 62.2	39.5, 60,5	13.5, 32	10.7, 28.1
2009						
SI	60	40	59	68	39	13
NO	24	44	25	16	45	71
Porcentaje SI	71.4%	47.6%	70.2%	81%	46.4%	15.5%
Int. Confianza 95%	60.4, 80.5	36.7, 58,7	59.1, 79.5	70.6, 88.4	35.6, 57.6	8.8, 25.4

0200. Fomento del ejercicio | 05246: Asesoramiento nutricional | 05614: Enseñanza de la dieta prescrita | 05616: Enseñanza de los medicamentos prescritos | 05618: Enseñanza del procedimiento del tratamiento | EPS: Intervenciones de educación para la salud.

En 2004, en general, el número de intervenciones registradas en el plan de cuidados fue inferior al de 2009, exceptuando la intervención 05246 *Asesoramiento nutricional* (Figura 24).

Figura 24. Comparación de proporciones de intervenciones incluidas en el plan de cuidados 2004-2009.



6.2.2. EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DE LAS VARIABLES DE 2004 A 2009

6.2.2.1. TABLAS DE CONTINGENCIA

Para conocer los cambios metodológicos producidos en los registros de enfermería se analizó la evolución de los datos emparejados de los mismos pacientes estudiados en dos años distintos. Las coincidencias y discrepancias observadas en los datos obtenidos se muestran en las tablas de contingencia correspondientes a cada una de las variables (Tablas 10,11 y 12).

El test estadístico utilizado para el análisis de la información es el test Ji-cuadrado, con el que se contrasta la hipótesis nula de independencia, es decir, de la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los registros de las variables en 2004 y en 2009.

De los test Ji-cuadrado realizados, sólo fueron estadísticamente significativos (p -valor inferior a 0.05) cinco de ellos, no existiendo diferencias entre los registros de ambos años, por lo que es razonable pensar que existe alguna relación entre dichas variables. En el resto de variables los resultados muestran diferencias en ambos años.

Tal y como se aprecia en las Tablas 10, 11 y 12, las menores diferencias en los registros de las variables corresponden a las patologías Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA) y Obesidad (OB). En el Plan de Cuidados, los resultados significativos se observan en las intervenciones Asesoramiento nutricional (05246) y Enseñanza del procedimiento del tratamiento (05618).

En el grupo de Diagnósticos NANDA no se pudo obtener suficientes datos para realizar el análisis estadístico por existir un elevado porcentaje de no registro en el año 2004.

Los resultados significativos aparecen marcados en la tabla con un asterisco, correspondiendo a las tablas 10 y 12.

6. RESULTADOS

Tabla 10. Patologías existentes (CIE-9).

		DIAGNÓSTICOS CIE-9							
		HTA	DM	HL	OB	OP	CARD	SM	EPOC
Concordancia	SI ambos	35	23	12	3	0	1	1	1
	NO ambos	18	47	43	72	71	70	69	75
Discordancia	SI a NO	6	4	15	5	5	1	4	3
	NO a SI	25	10	14	4	8	12	10	5
Ji-cuadrado	estadístico	6.348	32.366	2.523	6.079	0.000	0.142	0.000	0.182
	p-valor	0.012*	0.000*	0.112	0.014*	1.000	0.706	1.000	0.670

HTA: Hipertensión Arterial | DM: Diabetes Mellitus | HL: Hiperlipidemias | OB: Obesidad | OP: Osteoporosis | CARD: Problemas Cardiológicos | SM: Salud Mental | EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Tabla 11. Patrones funcionales valorados.

		PATRONES FUNCIONALES		
		P-MS	N-M	A-E
Concordancia	SI ambos	3	17	9
	NO ambos	39	20	30
Discordancia	SI a NO	9	9	3
	NO a SI	33	38	42
Ji-cuadrado	estadístico	1.071	0.000	0.601
	p-valor	0.301	1.000	0.438

P-MS: Percepción-Manejo de la Salud | N-M: Nutricional-Metabólico | A-E: Actividad-Ejercicio.

Tabla 12. Plan de cuidados.

		PLAN DE CUIDADOS					
		00200	05246	05614	05616	05618	EPS
Concordancia	SI ambos	31	19	34	36	14	3
	NO ambos	14	6	16	10	41	59
Discordancia	SI a NO	10	38	9	6	4	12
	NO a SI	29	21	25	32	25	10
Ji-cuadrado	estadístico	0.344	12.782	2.479	0.695	7.519	0.020
	p-valor	0.557	0.000*	0.115	0.405	0.006*	0.888

0200: Fomento del ejercicio | 05246: Asesoramiento nutricional | 05614: Enseñanza de la dieta prescrita | 05616: Enseñanza de los medicamentos prescritos | 05618: Enseñanza del procedimiento del tratamiento | EPS: Intervenciones de educación para la salud.

6.2.2.2. CONCORDANCIA ENTRE LA HISTORIA ELECTRÓNICA Y LA HISTORIA TRADICIONAL

Para conocer el tipo de relación existente entre los registros obtenidos en el año 2004 y en el año 2009, así como para el estudio de las discrepancias o cambios existentes en los registros de enfermería en la historia electrónica respecto a la historia en formato papel, se utilizaron el coeficiente de concordancia Kappa y el test de McNemar respectivamente.

Tabla 13. Patologías existentes (CIE-9).

	DIAGNÓSTICOS CIE-9							
	HTA	DM	HL	OB	OP	CARD	SM	EPOC
Índice de Kappa	0.269	0.639	0.201	0.341	0.079	0.096	0.047	0.152
McNemar estadístico	10.452	1.786	0.000	0.000	0.308	7.692	1.786	0.125
McNemar p-valor	0.001*	0.181	1.000	1.000	0.579	0.006*	0.181	0.724

HTA: Hipertensión Arterial | DM: Diabetes Mellitus | HL: Hiperlipidemias | OB: Obesidad | OP: Osteoporosis | CARD: Problemas Cardiológicos | SM: Salud Mental | EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Tal y como se aprecia en la tabla 13, el mayor nivel de concordancia o coincidencia (Índice de Kappa) en las patologías existentes aparece en la DM, donde dicha concordancia es buena en 2009 respecto a 2004. En el resto de patologías la concordancia es baja o insignificante apreciándose cambios en ambos años.

Dichos cambios muestran un aumento de todas las patologías en el año 2009 con una pequeña reducción en el registro de patologías por HL (Hiperlipidemias) y por OB (Obesidad), aunque de todos estos cambios sólo son estadísticamente significativos (test de McNemar), los registros de las patologías HTA y CARD.

No existe ninguna concordancia en la valoración por patrones funcionales, siendo superior esta valoración en 2009 respecto a 2004 en todos los casos. Los cambios en esos tres patrones son todos ellos estadísticamente significativos, con p-valores inferiores a una milésima (Tabla 14).

Tabla 14. Patrones funcionales valorados.

		PATRONES FUNCIONALES		
		P-MS	N-M	A-E
Índice de Kappa		-0.114	-0.001	0.071
McNemar	estadístico	12.595	16.681	32.089
	p-valor	0.000*	0.000*	0.000*

P-MS: Percepción-Manejo de la Salud | N-M: Nutricional-Metabólico | A-E: Actividad-Ejercicio.

Tabla 15. Diagnósticos NANDA.

		DIAGNÓSTICOS NANDA					
		00001	00027	00046	00084	00085	00126
Índice de Kappa		0.035	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
McNemar	estadístico	31.030	4.167	1.333	29.032	8.100	6.125
	p-valor	0.000*	0.041*	0.248	0.000*	0.004*	0.013*

00001: Desequilibrio nutricional por exceso | 00027: Déficit de volumen de líquidos | 00046: Deterioro de la integridad física | 00084: Conductas generadoras de salud | 00085: Deterioro de la movilidad física | 00126: Conocimientos deficientes sobre la dieta y el tratamiento.

Respecto a la codificación diagnóstica NANDA (Tabla 15) el alto porcentaje de no registro en el año 2004 no permitió estudiar la concordancia (Índice de Kappa). El cambio observado fue estadísticamente significativo en todos los casos, excepto en el diagnóstico 00046 (*Deterioro de la integridad cutánea*), evidenciándose cambios tras la introducción de la herramienta informática (Test de McNemar).

Tabla 16. Plan de cuidados.

		PLAN DE CUIDADOS					
		00200	05246	05614	05616	05618	EPS
Índice de Kappa		0.081	-0.381	0.183	0.095	0.280	0.058
McNemar	estadístico	8.308	4.339	6.618	16.447	13.793	0.045
	p-valor	0.004*	0.037*	0.010*	0.000*	0.000*	0.831

0200: Fomento del ejercicio | 05246: Asesoramiento nutricional | 05614: Enseñanza de la dieta prescrita | 05616: Enseñanza de los medicamentos prescritos | 05618: Enseñanza del procedimiento del tratamiento | EPS: Intervenciones de educación para la salud.

En cuanto a las intervenciones NIC llevadas a cabo dentro del Plan de Cuidados, los resultados indican que la concordancia existente (Índice de Kappa) entre los registros electrónicos y en formato papel en las principales intervenciones es baja o insignificante, existiendo cambios en los registros de planificación de las intervenciones en 2009 respecto a 2004 (test de McNemar). Excepto para EPS, todos estos cambios son estadísticamente significativos.

Los mayores niveles de concordancia aparecen en las intervenciones 05618 (*Enseñanza del procedimiento del tratamiento*), 05614 (*Enseñanza de la dieta prescrita*), 05616 (*Enseñanza de los medicamentos prescritos*) y 00200 (*Fomento del ejercicio*).

Los niveles de concordancia más bajos aparecen en las acciones de EPS (*Educación para la salud*) y en la intervención 05246 (*Asesoramiento nutricional*) en las que se muestra una dirección inversa que indica una disminución del registro de estas intervenciones en 2009 respecto a 2004.

En general, los resultados muestran que la concordancia existente es muy baja entre la historia electrónica y la historia en formato papel, evidenciándose cambios no debidos al azar en el año 2009 respecto al año 2004. Dichos cambios manifiestan la existencia de un mayor registro metodológico en el proceso de atención de enfermería.



7

DISCUSIÓN

En el contexto sanitario actual, caracterizado por una elevada presión asistencial y mucha exigencia de los usuarios, así como por una importante limitación en los recursos que se pueden dedicar a la salud, la importancia que adquieren las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) viene determinada por la posibilidad de poder mejorar la eficiencia de los recursos dedicados al cuidado de la salud de la población.

Es incuestionable, que la informática está llamada a jugar un papel importante en nuestra vida cotidiana, su aplicación en el terreno de la salud, aunque reciente supone un cambio fundamental en la práctica sanitaria diaria. El nuevo modelo organizativo del trabajo de enfermería en el ámbito comunitario ha llevado consigo un importante esfuerzo de adaptación, con el fin de lograr un adecuado uso de las herramientas disponibles para el ejercicio profesional en los centros de Atención Primaria.

La puesta en marcha de las TIC en los sistemas sanitarios es un proceso complejo, que requiere muchos esfuerzos y supone retos importantes, pero también representa muchas oportunidades para las instituciones y los profesionales sanitarios. Sin embargo, la escasez de profesionales y la necesidad de control del gasto dificultan un avance que es clave para que las TIC sean útiles y efectivas como una de las posibles soluciones para resolver con éxito la situación sanitaria. En este proceso de cambio hay que tener en cuenta el factor humano como elemento crucial, ya que a pesar de la presión asistencial y el nivel de exigencia de la población, debe garantizar un nivel de excelencia profesional que permita avanzar en la implantación de las TIC (Gruber D. et al.; 2009) (Román Vinas R.; 2010).

En este momento el uso de la historia informatizada está implantado en la mayoría de las Comunidades Autónomas de nuestro país. El sistema informático ha pasado a constituir una herramienta más de trabajo en el desarrollo de la actividad de enfermería. Este método sustituye gran parte de los documentos en papel, agiliza el registro de las actividades realizadas, permite invertir menor tiempo en esta tarea y potencia la función investigadora,

al facilitar la explotación de los datos registrados (Cárdenas Valladolid J.; 2002) (Igea Moreno M. et al.; 2005).

En las primeras versiones de la historia clínica informatizada, el trabajo de enfermería se reflejaba únicamente en la historia como un mero registro de datos. Pasaron varios años hasta que comenzaron a elaborarse los primeros proyectos destinados a introducir el uso de planes de cuidados dentro del sistema. Las enfermeras y enfermeros, por su posición profesional más cercana al paciente, tienen un papel relevante en este proceso, desde el inicio hasta la finalización del mismo. Es fundamental su participación en el diseño, implementación, evaluación y aplicación de medidas correctoras, si fuera preciso (Moen A.; 2003) (Wilhoit K. et al.; 2006) (Stevenson JE. et al.; 2010) (Adam P. et al.; 2010).

Aunque pueda parecer que los sistemas de información son fríos e impersonales no hay razón para que un sistema electrónico de registro del paciente no pueda ayudar a mejorar el rol clínico de la enfermera ahorrando tiempo y mejorando la documentación. Pese a que dentro de algunos sistemas existe la tendencia a ver la enfermería reducida a una lista automatizada de tareas generadas a partir de unos cuidados estandarizados, está ampliamente reconocido que la implementación de cualquier sistema de información de cuidados de la salud proporciona una oportunidad de revisar y mejorar la práctica clínica.

El uso del registro de salud electrónico proporciona información relevante sobre el paciente, documentada no sólo por el profesional de enfermería, sino por todos los miembros del equipo de salud a través de un método estructurado de comunicación entre los profesionales sanitarios.

A la vista de los resultados obtenidos, las Patologías más frecuentes en el paciente crónico siguen siendo aquellas relacionadas con el riesgo cardiovascular: dislipemia, hipertensión arterial, diabetes y sobrepeso, pero

también otras más emergentes como el ICTUS, la Osteoporosis y enfermedades óseas y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

La enfermedad crónica se caracteriza por ser un proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social. Dejada a su evolución natural o con una intervención inadecuada comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente e incluso alto grado de incapacitación.

Además de la implementación de actividades coordinadas e integradas en la práctica asistencial, dentro del proceso de atención del paciente crónico, es fundamental la coordinación del área de responsabilidad autónoma de enfermería con el resto de del equipo asistencial del paciente. Es dentro de esta área autónoma de enfermería desde donde se debe abordar la educación del paciente crónico como un subproceso cuyo propósito debe estar centrado en proporcionar la mejor respuesta personalizada a las necesidades de salud detectadas y, de esta forma, mejorar su calidad de vida procurándose la consecución del máximo nivel de autocuidados e implicando en ello, tanto al paciente, como al cuidador principal y a la familia (Mora JR et al.; 2002).

Este subproceso se debe diferenciar de, y a la vez complementar con, las medidas terapéuticas propias del campo enfermero y, que son producidas como consecuencia de actividades dependientes y/o interdependientes, donde se abordarán aspectos clínicos de la práctica asistencial derivados del proceso de atención al paciente crónico a través de la programación periódica de los pertinentes controles de salud.

En cuanto al Proceso Enfermero, es complejo interpretar los datos de enfermería, pues la interpretación de los mismos datos por diferentes enfermeras varía enormemente incluso cuando existe suficiente información para identificar un diagnóstico preciso (Martínez Riera JR. et al.; 2006). Aunque hay autores que confirman el efecto positivo del uso de un lenguaje de enfermería unificado para la práctica y registro de los cuidados de enfermería,

comparar este estudio con otras experiencias anteriores resulta difícil pues la gran mayoría de las referencias encontradas no son específicas de Atención Primaria, centrándose por un lado en el nivel hospitalario y, por otro, en una valoración según las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson.

En el ámbito de la Atención Primaria sí se han llevado a cabo experiencias para integrar la metodología enfermera en la práctica clínica (Pérez Rivas FJ. et al.; 2006) (Izquierdo Carrasco JM. et al.; 2002) (Raña Lama CD.; 1999) (Novo MM et al.; 1995) (Martín E, García F, Asenjo A. 1997). Un estudio realizado en 2004 para conocer la puesta en marcha del proceso enfermero en la atención primaria española, apunta que el 90% de las gerencias participantes desarrollaron estrategias de implantación del diagnóstico enfermero y del plan de atención de enfermero (Maña González MF et al.; 2004). Estas experiencias se vieron potenciadas por el lanzamiento del Proyecto NIPE en España (Rivero Cuadrado A. et al.; 2002) y por la integración de los lenguajes estandarizados de cuidados NANDA, NOC y NIC (NNN) en los soportes de historia de salud informatizada siguiendo las recomendaciones a nivel internacional (Müller-Staub M.; 2009).

El uso de los resultados de los pacientes para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros empezó cuando a mediados de la década de 1960, cuando Aydelotte utilizó los cambios en las características físicas y de conducta de los enfermos para evaluar la efectividad de los sistemas de administración de cuidados enfermeros (NOC, 3ª edición).

Lo primero que hay que destacar en este trabajo es el hecho de que los profesionales de enfermería sobre los se ha realizado el estudio, son los que más tiempo llevan utilizando la historia electrónica, a la vez que, al tratarse de una muestra de usuarios con unas características concretas y no de población general, estas características constituyen por sí mismas una limitación importante, como pueden ser los propios grupos de edad.

Otra de las limitaciones encontradas, la constituye el poco tiempo transcurrido desde el cambio y la realización del estudio, la escasa formación en metodología y la falta de atención general al interpretar los datos obtenidos.

Respecto a la Valoración previa a la formulación de un diagnóstico, se constata que no siempre que aparece un diagnóstico enfermero está presente una valoración por patrones. Este hecho, se ha constatado en otros estudios recientes en España (Barrios Torres R. et al.; 2006) (Mármol López MI.; 2007), y en ámbito internacional (Paganin A. et al.; 2008) (Lee TT.; 2005) (Thomas NM, Newsome GG.; 1992), no significando en modo alguno, que no se haya realizado una valoración por parte del profesional de enfermería, pues ésta aparece sin seguir la estructura por patrones que ofrece la historia electrónica, a través del registro de los datos recogidos con anotaciones de texto libre en dicha historia sin un formato predeterminado. Otra posible causa, es atribuible al tiempo que la cumplimentación de un patrón funcional ocupa en el soporte de historia informatizada, siendo necesario más tiempo para el registro de los datos de valoración, dada su complejidad, frente al registro de los diagnósticos, que es más sencillo. Por tanto, entendemos que la enfermera no ha diagnosticado sin valorar, sino que ha registrado un diagnóstico sin registrar los datos en el marco de valoración por patrones funcionales. Es destacable mencionar que la cifra de uso de los patrones funcionales se vio prácticamente duplicada en el año 2009 respecto al año 2004.

Los patrones estudiados son los que están más estrechamente relacionados con los estilos de vida modificables. El más valorado es el patrón Nutricional/Metabólico, seguido del patrón Actividad/Ejercicio y, en último lugar el patrón Percepción/Manejo de la salud.

Se observa cómo se realiza una valoración más exhaustiva en las mujeres, especialmente en los grupos de edad de 25 a 34 y de 45 a 54 años, así como la existencia de una distribución más homogénea de la valoración por patrones en el diagnóstico 000079 en todos los grupos de edad y más desigual en el diagnóstico 00078 donde el mayor número de pacientes aparece en el

grupo de 55 a 75 años no apareciendo valoración por patrones en los grupos de 15 a 24 años y de 35 a 44 años. Estos resultados son coherentes con otros estudios (Mármol López MI.; 2007).

La comparación de proporciones, muestra un aumento importante de la valoración de los tres patrones en 2009 respecto a 2004.

Respecto a los Diagnósticos de Enfermería (NANDA) estudiados, a pesar del aumento del número de trabajos de investigación realizados, todavía no existen suficientes estudios desde la perspectiva enfermera que analicen el Manejo ineficaz del régimen terapéutico y de la Gestión ineficaz de la propia salud. La mayor parte de la literatura encontrada se refiere al incumplimiento y a la no-adhesión del tratamiento, y corresponden a estudios realizados por profesionales de la medicina en unos casos, y en otros se centran en el ámbito hospitalario.

Desde el comienzo de la implantación de la herramienta informática hasta el presente, y a la vista de los resultados, parece claro que Enfermería ha asumido que diagnosticar es una característica inherente a la actividad profesional pese a la resistencia al cambio que aparecía inicialmente.

Cabe destacar la elevada prevalencia e incidencia de ambos, especialmente en el diagnóstico 00079 *Incumplimiento del plan terapéutico* que representa un 78% de la incidencia del Departamento y casi un 60% de la prevalencia. Su utilización se ha visto aumentada en el año 2009 respecto al año 2004 en un 100%. Sin embargo, en este crecimiento en la formulación de los diagnósticos posiblemente haya que considerar, no solo la herramienta informática sino otros factores, como la finalización del proceso de informatización, la iniciativas de formación en metodología enfermera en el Departamento de Salud, el interés creciente de las enfermeras por los lenguajes enfermeros o la inclusión del uso de la historia electrónica en los acuerdos de productividad. Es probable que todo ello haya potenciado el efecto

del programa de formación y asesoramiento, impartido por el personal de enfermería del Departamento.

En el estudio de los Grupos de Edad los resultados muestran un mayor número de pacientes, en ambos códigos, en los grupos de edad a partir de los 45 años aumentando de forma exponencial a partir de dicha edad.

Se observa, igualmente, una falta de precisión diagnóstica, definida como el grado en el que un diagnóstico se corresponde con los datos en la historia del paciente (Lunney M.; 2007). Esto puede ser debido al hábito, o quizá, a reminiscencias del miedo inicial existente para aceptar la responsabilidad del diagnóstico cuando comenzó su utilización en España, mientras que, por otro lado, existe una falta de tiempo real y otras circunstancias externas que dificultan la adecuación del tiempo.

Estos resultados coinciden con otros estudios publicados, que hacen referencia a resultados de encuestas realizadas en unidades de hospitalización, los cuales comentan por un lado, las dificultades de implantar el proceso de enfermería, y por otro los beneficios que reporta en los cuidados (Vuori HV.; 1988) (Rivas A et al.; 1994) (Serrano R et al.; 1994).

La documentación precisa de los diagnósticos enfermeros debe apoyarse en características definitorias, factores de riesgo y/o factores relacionados; de esta forma, el registro de salud posibilita la vinculación entre los diagnósticos, los resultados y las intervenciones enfermeras dentro del plan de cuidados disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica a la vez que se potencia la seguridad del paciente y el cuidado basado en la evidencia (NANDA International; 2012).

En 2009 el porcentaje de codificación diagnóstica NANDA es muy elevado respecto al de 2004 donde se observa un alto porcentaje de no registro.

El *Plan de Cuidados* en atención primaria, debe servir para mejorar la calidad científico-técnica de los cuidados que se prestan y proporcionar a los enfermeros herramientas que les permitan, desde la perspectiva del cuidado, un abordaje integral y continuo de los diferentes problemas que plantea la población (INSALUD; 2001). Tal como apuntan diversos estudios (Lunney M.; 2008) (Lunney M.; 2010) (Macías Rodríguez AC. et al.; 2001).

Entre las intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería destacan el Fomento del ejercicio (0200), el Asesoramiento nutricional (05246), las Intervenciones de Educación para la salud (EPS), la Enseñanza de la dieta prescrita (05614), la Enseñanza de los medicamentos prescritos (05616) y la Enseñanza del procedimiento del tratamiento (05618).

Junto a estas intervenciones aparecen otras utilizadas con menos frecuencia pero que, junto con las anteriores, indican en general, la existencia de un seguimiento continuo y periódico del paciente mayor en el año 2009 respecto del año 2004, adecuadamente recogido en su historia.

En este sentido, cabe destacar que la continuidad asistencial es básica para afrontar las múltiples necesidades de los enfermos crónicos, estando intrínsecamente relacionada con la satisfacción de los pacientes y con su calidad de vida. Se asocia a menos medicalización, menos intervencionismo y menos hospitalizaciones. A este respecto, la informatización ha significado un cambio en el manejo de las consultas de atención primaria. El estudio se ha realizado en un momento privilegiado en que la informatización acababa de implantarse, pero puede ser que la opinión de los pacientes encuestados varíe en los próximos años.

La continuidad de cuidados constituye uno de los principales retos al que los distintos Servicios de Salud se vienen enfrentando habitualmente, con resultados, hasta ahora, bastante discretos. Ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona no está resultando fácil por la creciente complejidad de las organizaciones sanitarias, la constante

compartimentalización de los servicios, la amplia variabilidad de la práctica clínica y la tradicional orientación del sistema hacia los profesionales, en detrimento del usuario (Martínez Riera, JR. et al.; 2006).

Entre los argumentos que justifican la necesidad de garantizar la continuidad de la asistencia, quizás el más relevante, es el nuevo papel de los ciudadanos en su interacción con los servicios de salud. Tenemos un ciudadano mucho más protagonista, más informado, más formado, con mayor capacidad de elección y por lo tanto de comparación, que entiende cada día menos los vericuetos asistenciales que se le ofrecen. En consecuencia, el usuario de los servicios de salud exige claramente que los servicios se adapten a sus necesidades y por lo tanto que se den respuestas organizativas a las mismas (Torres A, Lledó R.; 2001).

Pero quizás el argumento de mayor peso sea el de empezar a considerar que es difícil hablar de calidad en la prestación de servicios sanitarios, sin asegurar la continuidad de los cuidados.

En cuanto a la recogida de *Datos de la opinión del paciente* basaba en el contacto telefónico, el estudio puede plantear alguna limitación, pero esta era una parte importante para obtener información actualizada sobre la percepción del paciente acerca del proceso de informatización de las consultas de enfermería.

En ocasiones se utiliza indistintamente el término de satisfacción y calidad percibida, en ambos se supone que el usuario realiza una comparación entre el servicio que recibe con algún tipo de estándar. Pero entre ellos, existe alguna diferencia y algunos autores concluyen que la satisfacción tiene como antecedente las expectativas relacionadas con las necesidades y preferencias del paciente, mientras que en el caso de la calidad percibida, la comparación se realiza con expectativas más próximas a lo que desearía el paciente que sucediera y que se forman durante experiencias previas a la recepción de esos servicios (Mira JJ. et al.; 2000).

Actualmente, la valoración de la calidad de los servicios ofertados y el desarrollo posterior de las actividades de mejora constituyen un proceso inseparable del ejercicio profesional. El papel que juega la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realizan sobre los servicios recibidos son aspectos claves en la definición de calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria (Granado de la Orden S. et al.; 2006).

El desarrollo de las tecnologías permite compartir información en tiempo real y por lo tanto establecer planes secuenciales o protocolos de actuación donde se produzcan acciones coordinadas. Estas acciones son fruto del consenso profesional pero también de la propia capacidad de compartir información, para la toma de decisiones sobre las formas de prestación de los cuidados entre diferentes niveles asistenciales.

Las encuestas realizadas sobre este tema coinciden en una valoración favorable en lo que se refiere al uso del ordenador en las consultas, pues no consideran que interfiera en su relación con el profesional sanitario, existiendo una cierta coincidencia en que tales prácticas sirven para mejorar la asistencia, así como con el interés en visualizar la pantalla del ordenador, resultados coherentes con otros estudios similares (Aldanondo Gabilondo JA. et al.; 1999) (Montesinos Alonso A.; 2001) (Roig Buscató C. et al.; 2005). Sin embargo, sí existen diferencias respecto a la duración global de la consulta donde la percepción del paciente es que ésta ha aumentado tras la informatización (Roig Buscató C. et al.; 2005).

Centrándonos en el interés en visualizar en la pantalla del ordenador las anotaciones de los profesionales, otros estudios muestran como su visualización por parte del paciente puede llegar a reducir la carga de trabajo en algunas áreas, como por ejemplo, la reducción del número de visitas y/o de las solicitudes de copias de la historia clínica, a la vez que, se logra una mayor nivel de satisfacción y de autocuidado (Woods S. et al.; 2013).

Entre las posibles limitaciones cabe destacar, por un lado, que los datos obtenidos de la encuesta corresponden a un periodo de tiempo posterior a la obtención de los datos clínico-asistenciales, por lo que la evolución de la opinión del paciente puede haber variado con el paso del tiempo y haber estado condicionada por la mejora de las incidencias informáticas que hubiesen podido existir inicialmente. Por otro lado, la selección final de 84 pacientes de los 159 usuarios identificados inicialmente como atendidos en la consulta de enfermería en el año 2004, también constituye una limitación a la hora de generalizar los resultados.

En líneas generales y, teniendo en cuenta las limitaciones expuestas, aunque la población estudiada ha estado muestreada durante un período corto de tiempo y, por tanto, seguramente ha quedado sobrerrepresentada por los más utilizadores, creemos que su opinión sobre este tema no debe diferir del conjunto de la población atendida por la zona básica de salud. La validez externa de este estudio queda limitada a emplazamientos similares con pacientes con parecidos conocimientos y perspectivas sobre la informatización.

Otro aspecto sobre el que reflexionar en estos tiempos en los que el gasto en Sanidad cada día es mayor, lo constituye la necesidad de implementar cambios que faciliten una gestión más eficiente. Las condiciones actuales con un importante incremento del gasto, una disminución de los recursos disponibles y la necesidad de eficiencia organizativa sugieren la obligación de adoptar cambios profundos en la organización de las instituciones sanitarias. En este sentido es de suma importancia destacar la utilidad en el control del gasto farmacéutico que supone el disponer de una herramienta informática vinculada a la práctica profesional enfermera que se complementa con las medidas terapéuticas propias del campo enfermero y, que son producidas como consecuencia de actividades dependientes y/o interdependientes, donde se abordan aspectos terapéuticos de la práctica asistencial derivados del proceso de atención al paciente crónico a través de la programación periódica de los pertinentes controles de salud.

Tal como apuntan diversos estudios (Lunney M.; 2008) (Lunney M.; 2010) (Macías Rodríguez AC et al.; 2001), es necesario realizar nuevas investigaciones que evalúen la calidad del uso de la de la historia de salud informatizada, acentuando el enfoque sobre la consecución de resultados en salud. A medida que se vayan reduciendo los problemas en el uso de lenguajes y de la herramienta informatizada y pasado un período de aprendizaje prudencial, es necesario trabajar los indicadores de resultado como la efectividad y evolución del plan de cuidados, o los tiempos de resolución o mejora de los problemas encontrados.

El nuevo horizonte de la atención y los cuidados de salud sitúan al paciente en el centro del sistema, otorgándole un papel activo lejos de la visión pasiva de antaño (Galimany Masclans J. et al.; 2012). Otra de las líneas de investigación se debe centrar en las razones de la no adherencia del paciente a los regímenes terapéuticos y en las estrategias de intervención que mejoran la comunicación entre la enfermera y el paciente, con el objetivo de empoderar al paciente en el manejo y gestión de su salud.

Los documentos en papel pueden conseguir o no recuperar información sobre un paciente individual, pero son de muy poco valor cuando la pregunta se refiere a grupos de pacientes o a la población. El registro electrónico de datos permite realizar medidas sobre indicadores de calidad, revisiones e investigación clínica e identificación de pacientes con un mismo diagnóstico o intervención (González Cocina E.; Pérez Torres E.; 2007).

En la actualidad la tendencia es que cada Comunidad Autónoma desarrolle sus propios sistemas informáticos en función del sistema de información que deseen implementar (Montesinos Alonso A.; 2001). De esta forma, se afronta de forma diferente la gestión clínica de la historia informatizada, lo que afecta al nivel de desarrollo de la metodología enfermera, que es desigual, y en ocasiones inexistente.

Los resultados encontrados apoyan la hipótesis planteada de que la utilización de la historia electrónica de enfermería potencia la aplicación metodológica del proceso enfermero, apoyada en una valoración por patrones funcionales y en un lenguaje enfermero. Este resultado es coherente con otras experiencias recientes en España en el ámbito de la Atención Primaria (Ruymán Brito P. et al.; 2011) (Igea Moreno M et al.; 2005).

Otros estudios han constatado la existencia de una ausencia de lenguaje común en la práctica diaria de las enfermeras en nuestro país (González Jurado MA.; 2006). Paralelamente, otros autores indican que la unificación del lenguaje a través de las clasificaciones para los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para los resultados de enfermería la Nursing Outcomes Classification (NOC) y para las intervenciones de enfermería la Nursing Interventions Classification (NIC), permiten una mayor práctica y eficiencia en el manejo de los datos de enfermería (Lavin MA. et al.; 2004), facilitando el registro sistemático de información clínica para la toma de decisiones y comunicación entre profesionales y posibilitando, por tanto, mejoras cualitativas de la atención. Deben realizarse más investigaciones que se centren en la implementación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC, a través de registros informatizados y que contemplen los nexos entre las tres taxonomías (Müller–Staub M et al.; 2007); (Brokel JM., Nicholson C.; 2006) (Rivera JC., Parris KM.; 2002).

Se aprecia, en general, una actitud favorable de los profesionales de enfermería en el ámbito de estudio a la innovación ante la implantación de la historia electrónica, evidenciando la aplicación metodológica del proceso de enfermería a los pacientes. Sin embargo, dichos resultados evidencian igualmente la necesidad de replantear las estrategias de formación llevadas a cabo hasta ese momento, no sólo dirigidas a potenciar la utilización de los patrones funcionales de forma sistemática en la valoración del paciente, sino también dirigidas a conseguir una mayor uniformidad y precisión diagnóstica (Gagnon MP et al.; 2010) (Ayatollahi H. et al.; 2009) (Timmons S. 2003).

Muestran, igualmente, cómo los profesionales de enfermería al utilizar la historia electrónica, aplican metodológicamente el proceso de enfermería a sus pacientes, hecho que puede traducirse en una mejora de la calidad de los cuidados en general.

Sin embargo, aunque la transición del formato papel a los sistemas digitalizados de la información sanitaria es un proceso ampliamente consolidado, se detectan a menudo algunas dificultades. Dado que no existe vuelta atrás en este proceso, hay que pensar que la formación es imprescindible para mejorar la eficacia y la eficiencia antes, durante y después de la implementación de las mismas (Gagnon MP.; et al.; 2010). Los resultados inducen a replantearse estrategias formativas en tres dimensiones:

- Formación en metodología enfermera, dirigidas a potenciar la utilización de los patrones funcionales de forma sistemática en la valoración del paciente y a conseguir una mayor uniformidad y precisión diagnósticas.
- Formación en las distintas herramientas informáticas, dirigida por Enfermería y no por el propio sistema informático o profesionales del mundo de la Informática.
- Desarrollo de un pensamiento crítico profesional basado en el cuerpo de conocimientos enfermero.



8

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados se puede concluir que, tras la informatización de las consultas, en la zona básica de salud estudiada:

1. Se realiza un registro, codificado y estructurado, del proceso de cuidados de enfermería.
2. Se utiliza el proceso de enfermería de forma sistemática y metodológica en las consultas de enfermería de atención primaria.
3. La utilización de un lenguaje estandarizado, el desarrollo de un cuerpo de conocimientos propio y la práctica clínica basada en recomendaciones científicas, han mejorado la calidad de los cuidados a nivel científico-técnico.
4. Ha aumentado la comunicación eficaz del equipo de salud, posibilitando la continuidad de los cuidados basados en evidencias científicas que, a su vez, disminuyen la variabilidad clínica.
5. Se ha mejorado la seguridad del paciente a través de la disminución de la variabilidad clínica y del registro de posibles efectos adversos.
6. El paciente no ha percibido cambios importantes en la relación y atención con su enfermera tras la informatización de las consultas.
7. El paciente no ha percibido disminución en la calidad percibida de los cuidados prestados por su enfermera.
8. El paciente considera el uso del ordenador como una herramienta útil en el trabajo de su enfermera.



9

BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán García A; Esparza Catalán, C. (2011) *Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 127.
2. Adam P, Permanyer Miralda G, Sola Morales O, Canela Soler J. (2010) *Información, conocimiento y práctica sanitaria: la participación de los profesionales como pieza clave*. Med Clin 2010; 134(Supl 1): 10-5.
3. AENTDE. (2001) *El correo AENTDE*. Semestre II, Volumen IV, número 2 Barcelona: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería.
4. Aldanondo Gabilondo JA, Oyarzabal Camio JL, Arboniés Ortiz JC. (1999) *¿Cómo modifican la relación médico-paciente los ordenadores en la consulta? FMC. Form Med Contin Aten Prim*. 1999;6:571.
5. Alfonso MT. (2009) *Educación al paciente crónico*. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad de Alicante.
6. Alonso López F, Ruiz Téllez A, Guijarro Eguskizaga A. (1995) *Algunas cuestiones básicas para el desarrollo de una aplicación informática que asuma el futuro en atención primaria*. 6:222-224. Medifam.
7. Aparicio i Salamanca E. (2010) *Innovación y Enfermería. Análisis para un cambio*. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona.
8. Asociación de Enfermería Comunitaria. (2009) *Documentación* [Internet]. Disponible desde: <www.enfermeriacomunitaria.org> [Acceso 8 de febrero 2009].
9. Ayatollahi H, Bath PA, Goodacre S. (2009) *Paper-based versus computer-based records in the emergency department: Staff preferences, expectations, and concerns*. Health Informatics J 2009; 15(3): 199-211.
10. Bailey JE et al. (2010) *Antihypertensive medication adherence, ambulatory visits, and risk of stroke and death*. Gen Intern Med; 25: 495-503.
11. Bakker RH, Katermans MC, Dassen TW. (1995) *An analysis of the nursing diagnosis ineffective management of therapeutic regimen compared to noncompliance and Orem's self-care deficit theory of nursing*. Oct-Dec; 6(4):161-6. Nurs Diagn.
12. Barrios Torres R et al. (2006) *Patrones funcionales y diagnósticos de enfermería más frecuentes en DRAGO-AP*. Valencia: Actas del 6º Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)-Simposium Internacional de Enfermería Comunitaria.

13. Beléndez M, Méndez, FX. (1995) *Adherencia al tratamiento de la diabetes: características y variables determinantes*. *Revista de Psicología de la Salud*, 7 (1), 63-82.
14. Benavent, M^a A.; Ferrer, E.; Francisco, C. (2001) *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
15. Bravo Toledo R, et al. (2008) *Influencia de la informatización de la Atención Primaria en el trabajo de los profesionales y en la salud de la población*. *Aten Primaria*; 40(Supl 1):11-62.
16. Brokel JM, Nicholson C. (2006) *Care planning with the electronic problem list and care setfunctions*. *Int J Nurs Terminol Classif*. 17(1); 21–2.
17. Cabrero, GJ. (1999) *Enfermería Basada en la evidencia y utilización de la investigación*. *Index Enfermería*.
18. Cárdenas Valladolid J. (2002) *La informatización de proceso enfermero en atención primaria: ¿una realidad?* *SEMAP* n° 4; 31-33.
19. Cirici R. (2002) *La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos*. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 29 (4):637-51.
20. Colom F y Vieta E. (2002) *Aspectos clave en el cumplimiento del tratamiento farmacológico*. *Intersiquis* [Internet]. Disponible desde: <http://www.psiquiatria.com/articulos/trastorno_bipolar/3706> [Acceso 28 de enero 2009].
21. Colomer Revuelta, C. y Álvarez-Dardet Díaz, C. (2000) *Promoción de la Salud y Cambio Social*. Barcelona: Masson.
22. Consejo Internacional de Enfermeras. (2009) *Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras se comprometen a dispensar cuidados innovadores*. Día Internacional de la Enfermera [Internet]. Disponible desde: <<http://www.ich.ch/innovations/about.htm>> [Acceso 12 de mayo 2009].
23. Conselleria de Sanitat. (2000) *Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana*. Valencia, Generalitat Valenciana.
24. Conselleria de Sanitat. (2002) *Plan de Calidad Total de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Valenciana*. Valencia, Generalitat Valenciana.
25. Conselleria de Sanitat (2004) Generalitat Valenciana. *Adaptación a la Guía de Actuación Clínica: Diabetes. Mejora de la consulta de enfermería*. Valencia, Generalitat Valenciana.
26. Conselleria de Sanitat. (2005) *Creación de los Departamentos de Salud*

- Valenciana: Disponible desde: <<http://www.san.gva.es>> [Acceso 8 de febrero 2006].
27. Conselleria de Sanitat. (2005) *Creación de los Departamentos de Salud* (Orden de 12 de mayo de 2.005) [Internet]. Valencia, Generalitat Valenciana: Disponible desde: <<http://www.san.gva.es>> [Acceso 8 de febrero 2006].
 28. Conselleria de Sanitat. (2007) Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana 2007-2011. Valencia, Generalitat Valenciana.
 29. Conselleria de Sanitat. (2009, 2010) *Plan de sistemas de Información* [Internet]. Valencia, Generalitat Valenciana: Disponible desde: <<http://www.san.gva.es>> [Acceso 20 de marzo 2010].
 30. Conselleria de Sanitat. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana; 2010-2013.
 31. Conthe P et al. (2012). *Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro*. Documento de consenso.
 32. Corrales Nevado D, Alonso Babarro A, Rodríguez Lozano MA. (2012) *Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012*. Barcelona. Gac Sanit. 2012;26(S): 63-68.
 33. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, Wong PK. (2008) *Medication compliance and persistence: terminology and definitions*. Value Health. Jan-Feb; 11(1): 44-7. Review. PubMed.
 34. Del Pino Casado, R. y Martínez Riera, J.R. (2007) *Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de Salud*. Revista Administración Sanitaria; 5 (2): 311-37.
 35. Del Pino R.; Frías A.; Palomino PA. (2000) Capítulo 15. En: Frías A, editor: Enfermería Comunitaria. *Organización funcional y modalidades de atención de enfermería comunitaria*. Barcelona: Masson.
 36. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Área de Asistencia Sanitaria. (2005) Servicio de Recursos Asistenciales. *Guía metodológica para la revisión y adaptación de las "Guías de Actuación Clínica en Atención Primaria" al trabajo en Consulta de Enfermería*. Valencia, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.
 37. Dirección General de Salud Pública (2000). *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa. Parte I*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Disponible desde: <<http://www.san.gva.es>> [Acceso 6 de mayo 2008].

38. Dirección General de Salud Pública (2000). *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa. Parte II*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Disponible desde: <<http://www.san.gva.es>> [Acceso 6 de mayo 2008].
39. Duarte Climent, G; Gómez Salgado, J; Sánchez Gómez, MB. (2007) *Fundamentos teóricos de la Enfermería Comunitaria*. Madrid: FUDEN, 6: 241-249.
40. Enfermería S. 21. (2002) *Fundamentos de Enfermería*. 2ª edición. Madrid: DAE (Grupo Paradigma).
41. Enfermería S21. (2002) *Enfermería Comunitaria: Bases teóricas*. 2ª edición. Madrid: DAE (Grupo Paradigma).
42. Enfermería S21. (2002) *Enfermería Comunitaria: Métodos y Técnicas*. 2ª edición. Madrid: DAE (Grupo Paradigma).
43. Enfermería en Atención Primaria. (2006) *El proceso de atención de enfermería*. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: DAE (Grupo Paradigma).
44. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012. (2012) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
45. Ferrer Ferrandis, E. (2002) *Planes de Cuidados Estandarizados*. Valencia.
46. Frías, A. (2000) *Salud Pública y Educación para la Salud*. 1ª edición. Barcelona: Masson.
47. Frías, A. (2000) *Enfermería Comunitaria*. 1ª edición. Barcelona: Masson.
48. Froján MX, Rubio R.(2005) *Discriminant analysis of treatment adherence in insulindependent diabetes mellitus*. *Psychology in Spain*, 9 (1), 41-48.
49. Galimany Masclans J, Montserrat Roca R, Girbau García MR. (2012) *Las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas sanitarios*. Un nuevo reto para la enfermera. *Metas de Enfermería*.
50. Gagnon MP, Desmartis M, Labrecque M, Legare F, Lamothe L, Fortin JP et ál. (2010) *Implementation of an electronic medical record in family practice: A case study*. *Inform Prim Care* 2010; 18(1): 31-40.
51. Garisoain, V. y Merino, R. (1999) *Enfermería de Salud Pública en España y Navarra a lo largo del presente siglo*. Navarra.
52. Gil V et al. (2003) *El cumplimiento: Factor clave en el control de enfermedades*. Barcelona.

53. Girbau, M^a R. (2002) *Enfermería Comunitaria I. Salud Pública*. 1^a edición. Barcelona: Masson.
54. González Jurado MA. (2006) *Normalización de la práctica enfermera como contribución a la salud, la calidad asistencial y la seguridad clínica de las personas*. Evaluación en los cuidados del paciente neumológico. Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid.
55. González Cocina E, Pérez Torres E. (2007) *La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía*. Rev Esp Cardiol Supl. 2007;7:37C-46C.
56. Granado de la Orden S, Rodríguez Rieiro C, Olmedo Lucerón MC, Chacón García A, Vigil Escribano D, Rodríguez Pérez P. (2006) *Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006*. Rev. Esp. Salud Pública 2007; 81(6):637-645.
57. Gruber D, Cummings GG, LeBlanc L, Smith DL. (2009) *Factors influencing outcomes of clinical information systems implementation: A systematic review*. Comput Inform Nurs 2009; 27(3): 151,63.
58. Guirao Goris, J.A. (1999) *Un cambio necesario*. Boletín de Enfermería Comunitaria; (2) 9: 14-15.
59. Guirao Goris, J.A. (2004) *Diagnóstico Enfermero*. Conselleria de Sanitat. IMAD. Valencia, Conselleria de Sanitat.
60. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW. (1980) *How to detect and manage low patient compliance in chronic illness*. *Geriatrics*. Jan; 35(1): 91-3, 96-7. PubMed.
61. Haynes RB, Dantes R. (1993) *Patient compliance and the conduct and interpretation of therapeutic trials*. *Control Clin Trials*. Mar; 8(1):12-9. PubMed.
62. Hawe, P. Degeling, D y Hall, J. (1993) *Evaluación en Promoción de la Salud*. 1^a edición. Barcelona: Masson.
63. Hueso Navarro F. (2005) *El Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en los pacientes que acuden a consulta de enfermería de crónicos en Navarra*. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0013.php> [Acceso 6 de junio 2008].
64. Icart, M.T. (1998) *Enfermería Basada en la Evidencia: un nuevo desafío profesional*. Enfermería Clínica.
65. Igea Moreno M, Lozano García Y, González Gascón R. (2005) *Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de*

66. Informe SESPAS. (2012) *La atención primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria*. Barcelona: Gaceta Sanitaria, Vol. 26, Monográfico 1-marzo 2012.
67. INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. (2001) *Desarrollo de Planes de Cuidados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Madrid: N° Publ. Insalud 1.807.
68. Izquierdo Carrasco JM, Pérez Badía MB, Ramírez Rodríguez FJ, Serrano Escalona I, Torres Montero MD, Conde Lara G. (2002) *Implantación del proceso enfermero*. Rev ROL Enferm 2002; 25(7-8): 8-13.
69. Jerez Rojas M^a R et al. (2003) *Influencia del manejo del régimen terapéutico en la hospitalización* [Internet]. Disponible desde: <<http://www.anesm.net/documentos/pi2003>> [Acceso 21 de febrero 2004].
70. Jiménez Cantos, A. (2005) *Sanidad en la Comunidad Valenciana*. Valencia, Monográfico. BOLETIC. Diciembre 2005.
71. Lavin MA, Avant K, Craft-Rosenberg M, Herdman TH, Gebbie K. (2004) *Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes*. Intl J Nurs Terminol Classif. 2004;15 (2):37-9.
72. Lee TT. (2005) *Nursing diagnoses: Factors affecting their use in charting standardized care plans*. J Clin Nurs 2005; 14(5): 640-647.
73. Ley 15/1999, de 13 de diciembre, Orgánica de Protección de Datos de carácter personal (LOPD).
74. Leventhal H, Prohaska TR, Hirschman RS. (1985) *Preventive health behaviour across the life span*. En J. C. Rosen y L. J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.
75. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
76. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
77. Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e Información al paciente de la Comunidad Valenciana.
78. Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana.
79. Lunney M. (2010) *Use of critical thinking in the diagnostic process*. Int J Nurs Terminol Classif; 21(2): 82-8.

80. Lunney M. (2008) *Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and use of case studies*. Int J Nurs Terminol Classif 19(4): 158-62.
81. Lunney M. (2007) *Realidad clínica e investigación enfermera*. VI Jornadas de Trabajo AENTDE. Valladolid.
82. Macías Rodríguez AC et al. (2001) *Las sesiones de enfermería: práctica de la metodología enfermera*. Enferm Cient 2001; 226-227: 35-40.
83. Mahtani K et al. (2011) *Envases con recordatorios para mejorar el cumplimiento con la medicación a largo plazo autoadministrada*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 9. Art. No.: CD005025. DOI: 10.1002/14651858.CD005025.
84. Maña González MF, Fernández ME, Mesas A. (2004) *Análisis de la formación en metodología enfermera por las direcciones de enfermería de Atención Primaria*. Enferm Clin 2004; 14(2): 203-209.
85. Mármol López, MI. (2007) *ABUCASIS II como herramienta de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería en el ámbito comunitario*. Trabajo de investigación. Diploma de estudios Avanzados. Universidad CEU Cardenal Herrera.
86. Martín E, García F, Asenjo A. (1997) *Diagnósticos de Enfermería. Estrategias de implantación*. Rev ROL Enferm 1997; 225: 57-62.
87. Martínez Riera JR. (2003) *Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad*. Rev Adm Sanit. 2003; 1 (3):425-40.
88. Martínez Riera, JR et al. (2006) *La historia de salud, registros de actividad y sistemas de información en atención primaria*. Enfermería en Atención Primaria I. Colección Cuidados Avanzados. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); pp 329-360.
89. Martínez Riera, JR et al. (2006) *Interrelación. Cuidados de enfermería más allá de los niveles de atención*. Enfermería en Atención Primaria II. Colección Cuidados Avanzados. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma) 18.2.:765-789.
90. Méndez Gallego I, et al. (1999) *Metodología empleada por Enfermería en la consulta programada*. Accesit al mejor trabajo de enfermería.
91. Martos MJ, Pozo C, Alonso E. (2008) *Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos*. Boletín de Psicología, No. 93, Julio 2008, 59-77.
92. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012) *Sistema de Salud. España 2012* [monografía en Internet]. Madrid. Disponible en: www.msssi.gob.es

93. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010) *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud* [monografía en Internet]. Madrid. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
94. Mira JJ, Rodríguez Marín J, Tirado S, Sitges E. (2000) *Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida*. Rev. Cal Asist. 2000; 15: 36-42.
95. Moen A. (2003) *A nursing perspective to design and implementation of electronic patient record systems*. J Biomed Inform 2003; 36(4-5): 375-8.
96. Montesinos Alonso A. (2001) *Los profesionales de Atención Primaria frente a las nuevas tecnologías*. Centro de Salud. Junio 2001. Disponible en URL: www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud6/353-356.pdf [consulta 4 de enero 2006].
97. Mora Martínez JR et al. (2002) *Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud*. Revista de Administración sanitaria, Volumen VI, número 21.
98. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. (2007) *Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study*. Int J Nurs Terminol Classif. Jan-Mar;18(1):5-17.
99. Müller-Staub M. (2009) *Evaluation of the implementation of nursing diagnosis, interventions and outcomes*. Int J Nurs Terminol Classif; 20(1): 9-15.
100. NANDA Internacional. (2010) *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011*. Barcelona: Elsevier.
101. NANDA International. (2012) *NANDA International. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
102. Niño Martín V. (2011) *Cuidados enfermeros al paciente crónico*. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: DAE (Grupo Paradigma).
103. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2003) *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004*. Madrid: Harcourt.
104. Novo MM, Rodríguez JA, Sicilia I, Izquierdo D, Daroqui P. (1995) *Proceso de implantación de Diagnósticos de Enfermería en EAP de la provincia de Santa Cruz de Tenerife*. Índex de Enferm 1995; 4: 92.
105. Mc Closkey Dochterman J, Bulechek GM. (2007) *Nursing Intervention Classification (NIC.) 4ª edition*. Madrid: Elsevier.

106. Moorhead S, Johnson M, Maas M. (2006) *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 3ª edición. Madrid: Elsevier.
107. Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS). *Documento Health XXI. Estrategia salud XXI*.
108. OMS-UNICEF. (1978) *Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata. Ginebra: OMS.
109. OMS. (2003) *Adherence to long-term therapies: Evidence for Action*. WHO: Ginebra.
110. Paganin A, Moraes MA, Pokorski S, Rabelo ER. (2008) *Factors that inhibit the use of nursing language*. Int J Nurs Terminol Classif 2008; 19(4): 150-157.
111. Pérez Rivas FJ, Ochandorena MS, Santamaría JM, García M, Solano V, Beamud M, Gil de Pareja MJ. (2006) *Aplicación de la metodología enfermera en Atención Primaria*. Rev Calidad Asistencial 2006; 21(5): 247-54.
112. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. (2001) *Clinical inertia*. Ann Intern Med. 2001 Nov 6; 135(9):825-34. Review. PubMed.
113. Pullen C et al. (2001) *Determinants of health-promoting lifestyle behaviours in rural older women*. Family and Community Health, 24, 49-73.
114. Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre Estructuras básicas de salud.
115. Raña Lama CD. (1999) *Diagnósticos de Enfermería: líneas de Investigación en Atención Primaria de Salud*. Enferm Cient 1999; 208(9): 28-30.
116. Real Decreto 63/1995 (BOE de 10 de febrero de 1995).
117. Real Decreto 1466/1990. *Cuidados de Enfermería*. Sección de legislación y ética profesional.
118. Rivas A et al. (1994) *Correspondencia entre problemas clínicos y categorías diagnósticas de la NANDA*. Enfermería Clínica 1994. Vol.4; 150-155.
119. Rivera JC, Parris KM. (2002) *Use of nursing diagnoses and interventions in public healthnursing practice*. Nurs Diagn; 13(1):15-23.
120. Rivero Cuadrado A, Pajares Costal C, Pacheco del Cerro E, Rodríguez Gómez JA, Cozar Ruiz R, Cobos Serrano SL. (2002) *Proyecto NIPE*:

121. *Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
122. Roig Buscató, C et al. (2005) *Opinión de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en la consulta*. Aten Primaria. 2005; 36(4): 194-7.
123. Román Vinas R. (2010) *Factores de éxito en la implementación de las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas de salud. El factor humano*. Med Clin 2010; 134(Supl 1): 39-44.
124. Ruymán Brito P et al. (2011) *Impacto del programa de formación y asesoramiento en metodología enfermera: "Cuidarte"*. Metas Enfermería. Gestión Sanitaria.
125. Sánchez Moreno, A. (2000) *Actuación de enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
126. Sánchez Ros L. Reigosa Gago F. (2006) *SELENE. Informatización de la historia clínica electrónica: implicación sobre el proceso de enfermería*. Mayo 2006. Enfermería Global, nº 8.
127. Serna, A, Ortiz O. (2005) *Ventajas y desventajas de la historia clínica electrónica*. Actual. Enferm. 2005; 8(2):14-17.
128. Serrano R et al. (1994) *¿Dónde empieza la calidad científica de los documentos de enfermería?* ROL 1994. Nº 191-192; 33-40.
129. Sistema Nacional de Salud. (2004) *Estrategia Salud XXI*. Madrid.
130. Sistema Nacional de Salud. (2010, 2012). Madrid.
131. Stevenson JE, Nilsson GC, Petersson GI, Johansson PE. (2010) *Nurses experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: a literature review*. Health Informatics J 2010; 16(1): 63-72.
132. .Subsecretaría para la Agencia Valenciana de la Salud. (2001) *Carta de Servicios en Atención Primaria*. 2ª edición. Valencia, Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana.
133. Thomas NM, Newsome GG. (1992) *Factors affecting the use of nursing diagnosis*. Nurs Outlook 1992; 40(4): 182-186.
134. Timmons S. (2003) *Nurses resisting information technology*. Nurs Inq 2003; 10(4): 257-69.
135. Torres A, Lledó R. (2001) *La coordinación entre niveles asistenciales*. Rev Calidad Asistencial 2001;16:232-233.

136. Vuori HV. (1988) *El control de Calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología*. Barcelona: Massm s.a. 1988.
137. Wilhoit K, Mustain J, King M. (2006) *The role of frontline RNs in the selection of an electronic medical record business partner*. *Comput Inform Nurs* 2006; 24(4): 188-95.
138. Woods S; Schwartz E, Tuepker A, Press N, Nazi K, Turvey C, Nichol P. (2013) *Patient Experiences With Full Electronic Access to Health Records and Clinical Notes Through the My HealthVet Personal Health Record Pilot: Qualitative Study*. *J Med Internet Res* 2013;15 (3): e65.
139. Yura H, Walsh M. (1967) *The Nursing Process*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.



10

ANEXOS

ANEXO I

DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA (NANDA)

00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: POR EXCESO

00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: POR DEFECTO

00003 RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: POR EXCESO

00004 RIESGO DE INFECCIÓN

00004A RIESGO DE INFECCIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL

00005 RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL

00006 HIPOTERMIA

00007 HIPERTERMIA

00008 TERMORREGULACIÓN INEFICAZ

00009 DISREFLEXIA AUTÓNOMA

00010 RIESGO DE DISRREFLEXIA AUTONOMA

00011 ESTREÑIMIENTO

00012 ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO

00013 DIARREA

00014 INCONTINENCIA FECAL

00014A ENCOPRESIS

00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

00016 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

00016A ENURESIS

00017 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

00018 INCONTIENCIA URINARIA REFLEJA

00019 INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

0001N DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO

00020 INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL

00021 INCONTINENCIA URINARIA TOTAL

00022 RIESGO DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

00023 RETENCIÓN URINARIA

00024 PERFUSIÓN TISULAR INEFICAZ

00025 RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS

00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

00028 RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO

0002N DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO

00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AÉREAS

00032 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

00033 DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA

00034 RESPUESTA DISFUNCIONAL DEL DESTETE DEL VENTILADOR

00035 RIESGO DE LESIÓN

00036 RIESGO DE ASFIXIA

00037 RIESGO DE INTOXICACIÓN

00038 RIESGO DE TRAUMATISMO

00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN

0003N DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

00040 RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO

00041 RESPUESTA ALÉRGICA AL LÁTEX

00042 RIESGO DE RESPUESTA ALÉRGICA AL LÁTEX

00043 PROTECCIÓN INEFICAZ

00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

- 00046** DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
- 00047** RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
- 00048** DETERIORO DE LA DENTICIÓN
- 00049** CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL DISMINUIDA
- 0004N** DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA COMODIDAD
- 00050** PERTURBACIÓN DEL CAMPO DE ENERGIA
- 00051** DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL
- 00052** DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL
- 00053** AISLAMIENTO SOCIAL
- 00054** RIESGO DE SOLEDAD
- 00055** DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL
- 00056** DETERIORO PARENTAL
- 00057** RIESGO DE DETERIORO PARENTAL
- 00058** RIESGO DETERIORO VINCULACIÓN DE PADRES Y LACTANTE
- 00059** DISFUNCIÓN SEXUAL
- 0005N** DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES
- 00060** INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES
- 00061** CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR

00061A DÉFICIT DEL SISTEMA DE APOYO

00062 RIESGO DE CANSANCIO EN DESEMPEÑO ROL DE CUIDADOR

00063 PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES: ALCOHOLISMO

00064 CONFLICTO DEL ROL PARENTAL

00065 PATRONES SEXUALES INEFICAZS

00066 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

00067 RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

00068 DISPOSICIÓN PARA AUMENTAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL

00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ

0006N DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL EJERCICIO

00070 DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN

00071 AFRONTAMIENTO DEFENSIVO

00072 NEGACIÓN INEFICAZ

00073 AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE

00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

00075 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR

00076 DISPOSICIÓN MEJORAR AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD

00077 AFRONTAMIENTO INEFICAZ DE LA COMUNIDAD

- 00078** MANEJO INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
- 00079** INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO (ESPECIFICAR)
- 0007N** DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL DUELO
- 00080** MANEJO INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR
- 00081** MANEJO INEFICAZ RÉGIMEN TERAPÉUTICO COMUNIDAD
- 00082** MANEJO EFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
- 00083** CONFLICTO DE DECISIONES (ESPECIFICAR)
- 00084** CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD (ESPECIFICAR)
- 00085** DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA
- 00086** RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- 00087** RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA
- 00088** DETERIORO DE LA DEAMBULACIÓN
- 00089** DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN SILLA DE RUEDAS
- 0008N** DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ESTADO INMUNITARIO
- 00090** DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA LA TRASLACIÓN
- 00091** DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA
- 00092** INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD
- 00093** FATIGA

00094 RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

00095 DETERIORO DEL PATRÓN DE SUEÑO

00096 DEPRIVACIÓN DE SUEÑO

00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

00098 DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR

00099 MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD

00099A DÉFICIT EN EL MANEJO DE LA SALUD

0009N DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA POTENCIA

00100 RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA

00101 INCAPACIDAD DEL ADULTO PARA MANTENER SU DESARROLLO

00102 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN

00102A DÉFICIT DE AUTOCUIDADO TOTAL

00103 DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN

00104 LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

00105 INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

00106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ

00107 PATRÓN DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL LACTANTE

00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE

- 00109** DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO
- 0010N** DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RECREACIÓN U OCIO
- 00110** DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO WC
- 00111** RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO
- 00112** RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO
- 00113** RIESGO DE CRECIMIENTO DESPROPORCIONADO
- 00114** SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO
- 00115** RIESGO DE CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE
- 00116** CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE
- 00117** DISPOSICIÓN MEJORAR ORGANIZACIÓN CONDUCTA LACTANTE
- 00118** TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL
- 00119** BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA
- 00120** BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL
- 00121** TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL
- 00122** TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL (ESPECIFICAR)
- 00123** DESATENCIÓN UNILATERAL
- 00124** DESESPERANZA
- 00125** IMPOTENCIA

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

00126A CONOCIMIENTOS DEFICIENTES SOBRE EL CUIDADO DEL BEBE

00126B CONOCIMIENTOS DEFICIENTES SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO

00127 SÍNDROME DETERIORO DE INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO

00128 CONFUSIÓN AGUDA

00129 CONFUSIÓN CRÓNICA

00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO

00131 DETERIORO DE LA MEMORIA

00132 DOLOR AGUDO

00133 DOLOR CRÓNICO

00133A DÉFICIT EN EL AUTOMANEJO DEL DOLOR

00134 NAUSEA

00135 DUELO DISFUNCIONAL

00136 DUELO ANTICIPADO

00137 AFLICCIÓN CRÓNICA

00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

00139 RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN

00140 RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA

00141 SÍNDROME POSTRAUMÁTICO

00142 SÍNDROME TRAUMÁTICO DE LA VIOLACIÓN

00143 SÍNDROME TRAUMÁTICO VIOLACIÓN: REACCIÓN COMPUESTA

00144 SÍNDROME TRAUMÁTICO VIOLACIÓN: REACCIÓN SILENTE

00145 RIESGO DE SÍNDROME POSTRAUMÁTICO

00146 ANSIEDAD

00147 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

00148 TEMOR

00149 RIESGO DE SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO

00150 RIESGO DE SUICIDIO

00151 AUTOMUTILACIÓN

00152 RIESGO DE IMPOTENCIA

00153 RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

00154 VAGABUNDEO

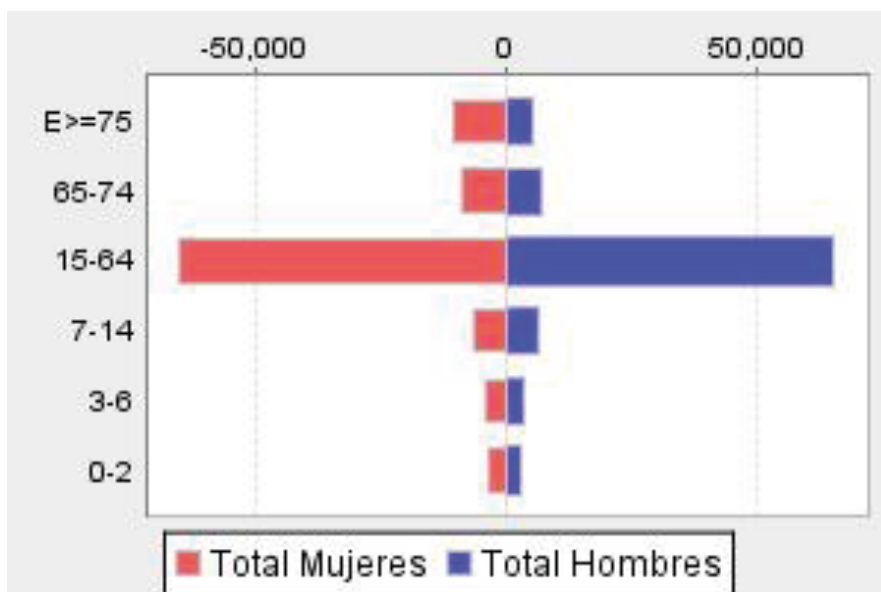
00155 RIESGO DE CAIDAS

ANEXO II

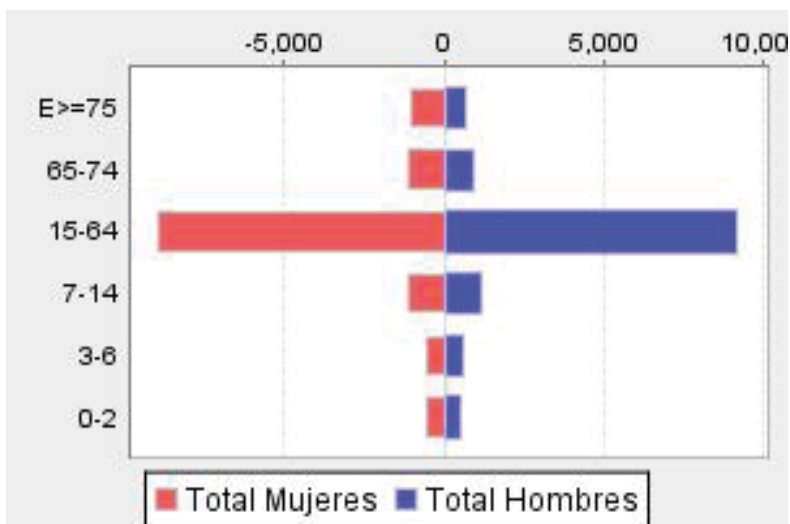
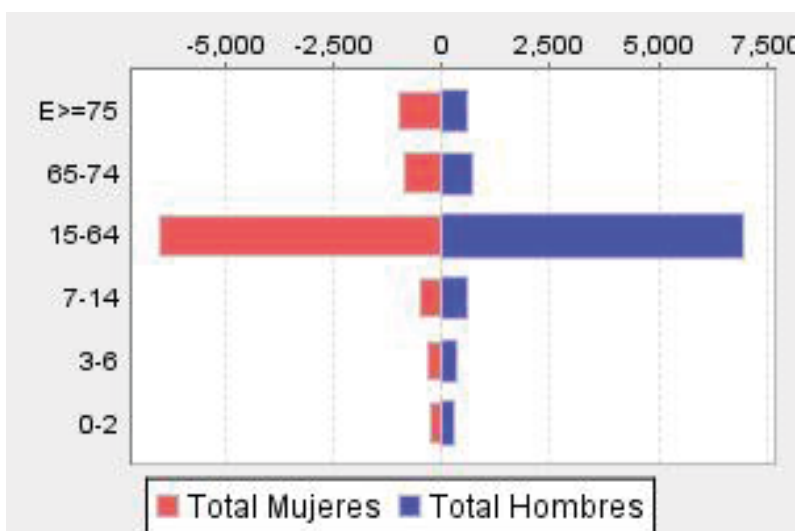
DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



ANEXO III

POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

ANEXO IV

POBLACIÓN CENTRO DE SALUD 1POBLACIÓN CENTRO DE SALUD 2

ANEXO V: ENCUESTA DE OPINIÓN

Estimado Sr./Sra.:

Desde la Dirección de Atención Primaria del Departamento Valencia-La Fe, estamos muy interesados en conocer la opinión de quienes, como usted, son atendidos en las consultas de enfermería de su centro.

El objetivo de esta encuesta es que usted nos dé, de manera anónima y con absoluta libertad, su opinión sobre la introducción del ordenador en la consulta de su enfermera/o a través de una breve encuesta, en la que deberá contestar, SI o NO, a seis preguntas.

El cuestionario es totalmente anónimo ya que su finalidad no es otra que conocer la opinión de los pacientes sobre las nuevas tecnologías sanitarias. El tiempo de respuesta estimado no supera los 5 minutos.

Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

PREGUNTAS

1. ***¿Le molesta el ordenador en la consulta?***

SI NO

2. ***¿Cree que el ordenador es útil para su enfermera/o?***

SI NO

3. ***¿Estaría usted interesado/a en ver la pantalla del ordenador mientras está siendo atendido/a?***

SI NO

4. ***¿Cree usted que el ordenador ha cambiado la relación con su enfermera/o?***

SI NO


5. ***¿Cree usted que el ordenador ha aumentado la duración de la visita?***

SI NO

6. ***¿Cree usted que puede hacer perder la confidencialidad de la información?***

SI NO


AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT
Direcció General de Qualitat i Atenció al Pacient


GENERALITAT VALENCIANA
 CONSELLERIA DE SANITAT
 Registre General

Data 10 MAR. 2011

EIXIDA 13004/2913

HOSPITAL UNIVERSITARIO POLITÉCNICO LA FE
BULEVAR SUR
D^a. MARIBEL MÁRMOL LÓPEZ
46026 VALENCIA

Querida Maribel:

En relación a tu amable carta en la que expones que, con el fin de realizar tu doctorado, precisas realizar una encuesta de calidad percibida a pacientes crónicos atendidos en una determinada consulta de enfermería, quiero en primer lugar felicitarte por tu interés y tu esfuerzo y por supuesto señalarte que esta Dirección General no tiene ningún inconveniente en que lleves a cabo dicho estudio, manteniendo como dices y estoy segura harás la intimidad y confidencialidad de los pacientes objetos del estudio.

Agradecería me hicieras llegar tu estudio cuando lo termines y si detectas acciones de mejora a poner en marcha las indiques.

Recibe un fuerte abrazo

DIRECTORA GENERAL DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL PACIENTE



PILAR RIPOLL FELIU



ANEXO VI

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Comparación entre la Historia Clínica Tradicional y Electrónica.

Tabla 2. Definición de criterios.

Tabla 3. Denominación Departamentos de Salud.

Tabla 4. Total de respuestas obtenidas.

Tabla 5. Proporción e intervalo de confianza por pregunta.

Tabla 6. Patologías existentes (CIE-9).

Tabla 7. Patrones funcionales valorados.

Tabla 8. Diagnósticos de Enfermería (NANDA).

Tabla 9. Plan de cuidados.

Tabla 10. Patologías existentes (CIE-9).

Tabla 11. Patrones funcionales valorados.

Tabla 12. Plan de cuidados.

Tabla 13. Patologías existentes (CIE-9).

Tabla 14. Patrones funcionales valorados.

Tabla 15. Diagnósticos NANDA.

Tabla 16. Plan de cuidados.

FIGURAS

Figura 1. Sistemas de Información Comunidad Valenciana.

Figura 2. Prevalencia (%) de problemas crónicos por edad y sexo.

Figura 3. Incidencia y prevalencia. Código 00078.

Figura 4. Incidencia y prevalencia. Código 00079.

Figura 5. Distribución por grupos de edad y sexo. Código 00078.

Figura 6. Distribución por grupos de edad y sexo. Código 00079.

Figura 7. Distribución de patologías crónicas por código diagnóstico CIE-9.

Figura 8. Valoración de los patrones por edad y sexo. Código 00078.

Figura 9. Valoración de los patrones por edad y sexo. Código 00079.

Figura 10. Otros diagnósticos de enfermería asociados a ambos códigos.

Figura 11. Intervenciones más significativas.

Figura 12. Edad y sexo.

Figura 13. Total de respuestas obtenidas.

Figura 14. ¿Le molesta el ordenador en la consulta?

Figura 15. ¿Cree que el ordenador es útil para su enfermera/o?

Figura 16. ¿Estaría usted interesado/a en ver la pantalla del ordenador mientras está siendo atendido/a?

Figura 17. ¿Cree usted que el ordenador ha cambiado la relación con su enfermera/o?

Figura 18. ¿Cree usted que el ordenador ha aumentado la duración de la visita?

Figura 19. ¿Cree usted que puede hacer perder la confidencialidad de la información?

Figura 20. Proporción de respuestas afirmativas.

Figura 21. Comparación de proporciones de patologías crónicas 2004-2009.

Figura 22. Comparación de proporciones de patrones valorados 2004-2009.

Figura 23. Comparación de proporciones de Diagnósticos NANDA 2004-2009.

Figura 24. Comparación de proporciones de intervenciones incluidas en el plan de cuidados 2004-2009.

ANEXO VIII

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

ABUCASIS. Sistema de gestión del proceso asistencial, en toda la atención realizada en la Comunidad Valenciana a nivel ambulatorio (atención primaria, consultas externas, inspección y salud pública).

ABVD. Actividades Básicas de la Vida Diaria.

ACTIVIDADES. Acciones específicas que realizan las enfermeras para llevar a cabo una intervención. Pueden ser colaborativas, dependientes e independientes.

ACTIVIDADES COLABORATIVAS. Acciones que se llevan a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.

ACTIVIDADES DEPENDIENTES. Acciones que se llevan a cabo derivadas de órdenes médicas.

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES. Acciones que están prescritas y realizadas por enfermería.

A-E. Patrón Actividad-Ejercicio.

AENTDE. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería.

ANA. American Nurses Association.

CALIDAD ASISTENCIAL. Proceso continuo que permite una adaptación constante a las necesidades de los pacientes, la detección de los problemas de gestión y la búsqueda de soluciones, la prevención de errores en todas las áreas funcionales de la organización, la participación del personal en la

búsqueda de fallos en la actuación y en el diseño de estrategias de mejora y la implantación de un sistema de control que permita el seguimiento del funcionamiento administrativo.

CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA O FÍSICA. Asistencia que el paciente realmente está recibiendo y se establece basándose en evidencias científicas apoyadas sobre los medios tecnológicos, el conocimiento científico y el juicio profesional. Aporta el componente técnico.

CALIDAD PERCIBIDA. Asistencia basada en las expectativas del paciente desde una perspectiva individual. Se configura a través de la interacción entre el paciente y el profesional. Aporta el componente interpersonal.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS. Claves o interferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud.

CARD. Problemas cardiológicos.

CLASIFICACIÓN. Disposición sistemática de conceptos en grupos o categorías de acuerdo con criterios establecidos.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO. Juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable. (Aprobado en la novena conferencia de NANDA; corregido en 2009).

DIAGNÓSTICO ENFERMERO REAL. Describe respuestas humanas a condiciones de salud/processos vitales que existen en una persona, familia, grupo o comunidad.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, grupo, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas específicas de salud y que se puede aplicar a cualquier estado de salud

DIAGNÓSTICO ENFERMERO DE RIESGO. Juicio clínico sobre las experiencias/respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que tienen una alta probabilidad de desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables.

DM. Diabetes Mellitus.

EPOC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA. Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificaciones.

FACTORES DE RIESGO. Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.

FACTORES RELACIONADOS. Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

HL. Hiperlipidemia.

HISTORIA CLÍNICA. Agrupación del conjunto de documentos que se generan a consecuencia de la relación entre el médico y el paciente y tiene sus orígenes en los modelos instaurados por Hipócrates.

HSAP. Historia de Salud en Atención Primaria.

HTA. Hipertensión Arterial.

ICTUS. Trastorno de la circulación cerebral, generalmente de comienzo brusco, que puede ser consecuencia de la interrupción de flujo sanguíneo a una parte del cerebro (isquemia cerebral) o la rotura de una arteria o vena cerebral (hemorragia cerebral).

INTERVENCIÓN. Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association/Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería.

NIC. Nursing Intervention Classification/ Clasificación de intervenciones de enfermería.

N-M. Patrón Nutricional-Metabólico.

NIFE. Normalización de las Intervenciones para la Práctica de Enfermería.

NOC. Nursing Outcome Classification/Clasificación de resultados de enfermería.

NOMENCLATURA. Sistema de designaciones (términos) elaborado según unas reglas preestablecidas (American Nurses Association, 1999).

OB. Obesidad.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

OP. Osteoporosis.

P-MS. Patrón Percepción-manejo de la Salud.

PATRONES FUNCIONALES. Dimensiones de la persona que incluyen todos los determinantes conocidos de salud-enfermedad desde un enfoque dinámico y ecológico que engloba aspectos subjetivos, objetivos y sociales de utilidad en la valoración de los pacientes

PAE. Proceso de Atención de Enfermería.

PROCESO. Conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido.

PROCESO A ESTANDARIZAR. Conjunto de actividades que realizan los profesionales de enfermería encaminadas a la valoración, diagnóstico y tratamiento de un problema de salud.

PLAN DE CUIDADOS. Aquel que una enfermera o grupo de ellas define para una persona y/o familia. Se basa en una valoración previa detallada.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO. Método sistemático y organizado específico en cuidados, elaborado para aquellos pacientes que padecen problemas comunes y previsibles.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: proceso por el cual una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes. Esto debería implicar la gestión del riesgo, declaración y análisis de los incidentes, capacidad para aprender de los mismos realizando un seguimiento e implementando soluciones para minimizar el riesgo de su recurrencia. También se considera la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de la atención sanitaria. La seguridad emerge de la interacción de los componentes del sistema; no reside en una persona, dispositivo o departamento.

SIA. Sistema de Información Ambulatorio.

SM. Salud Mental.

TAXONOMÍA. Clasificación según las supuestas relaciones naturales entre los tipos y subtipos (American Nurses Association, 1999).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD (HEALTH EDUCATION). La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Referencia: definición modificada. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la abogacía por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término promoción de la salud, y lo que aquí se propone es una definición menos extensa de la educación para la salud para distinguir entre estos dos términos (Glosario de promoción de salud. World Health Organization; 1998).

